RECHERCHES

SUR

LE RAMOLLISSEMENT

DU CERVEAU.

DE L'IMPRIMERIE DE HUZARD-COURCIER
rue du Jardinet.

RECHERCHES

SUR

LE RAMOLLISSEMENT

DU CERVEAU;

Ouvrage dans lequel on s'efforce de distinguer les diverses affections de ce viscère par des signes caractéristiques;

Par Léon ROSTAN,

Médecin de l'Hospice de la Vieillesse-Femmes (Salpêtrière), Professeur de Médecine clinique.

SECONDE ÉDITION.

A PARIS,

Chez BÉCHET jeune, Libraire de l'Académie royale de Médecine, place de l'École de Médecine, n° 4;

GABON, CRÉVOT, } Libraires, rue de l'École de Médecine.

1823.

A

MESSIEURS LES MEMBRES

COMPOSANT LE CONSEIL GÉNÉRAL

DES HOSPICES CIVILS DE PARIS.

Messieurs,

C'est à vos bontés que je suis redevable d'avoir pu observer les faits que je publie, et qui, je pense, ont jeté quelque lumière sur le point naguère le plus obscur de la Médecine. J'éprouve depuis long-temps le besoin de vous en témoigner publiquement

ma profonde reconnaissance, et je m'estime heureux que vous ayiez daigné me le permettre. S'il peut résulter de mon travail quelque bien pour la science et pour l'humanité, ce sera encore à vous qu'il faudra en rapporter le mérite, vous, Messieurs, qui avez tant fait pour l'une et pour l'autre. C'est, en effet, votre administration qui a peuplé la France, l'Europe et le monde, de jeunes médecins qui, dès leurs premières années, ont atteint cette maturité qui ne s'acquérait autrefois que par une longue pratique; c'est dans vos hôpitaux que, jeunes d'âge, ils sont promptement devenus vieux d'expérience; c'est au lit du malade, c'est aux leçons cliniques, établies et soutenues par vos soins, qu'ils ont puisé ce talent prématuré qui en fait pour la société autant de bienfaiteurs. Non contens de leur donner tous les moyens de s'instruire, vous avez, par des concours,

encouragé leur mérite naissant; vous leur avez fait ignorer la dure nécessité, ennemie de toute espèce d'étude, et leur avez fait goûter l'ivresse des premiers succès, le plus puissant des aiguillons pour le travail; enfin vous avez couronné leurs efforts par des récompenses solennelles. Tels sont, et bien plus nombreux encore, vos titres auprès de la science.

La multitude des améliorations faites par votre zèle infatigable, dans les établissemens destinés à soulager la douleur, leur assainissement, la distribution mieux entendue des lieux, la fondation de thermes, etc.; la salubrité, la convenance, l'abondance dans le régime alimentaire; les soins touchans prodigués aux malades; enfin le malheur partout recherché et partout secouru, voilà ce que vous doit l'humanité et ce qui vous assure une gratitude universelle.

Pénétré d'admiration pour tout ce qui tend à améliorer le sort des hommes, comment pourrais-je voir tant de résultats heureux sans faire éclater celle qui m'anime pour l'Administration la plus sage et la plus éclairée qui ait existé jamais?

Léon ROSTAN.

AVANT-PROPOS.

Il y a peu de temps encore les affections du cerveau étaient les plus obscures de la Médecine ; elles sont encore telles pour beaucoup de médecins. Si l'on consulte les ouvrages classiques les plus modernes, on sera étonné des ténèbres profondes qui couvrent ces maladies. Les fonctions si subtiles et si déliées de l'encéphale semblaient devoir nous dérober pour toujours la connaissance des altérations de ce viscère. Aujourd'hui les nuages qui les enveloppaient sont tellement dissipés, qu'elles sont devenues les plus claires et les mieux connues de la Pathologie. Avec de l'attention elles sont susceptibles d'une analyse tellement rigoureuse, qu'on peut déterminer pendant la vie quel est le genre de lésion cérébrale qui existe, quelle est son étendue, son siége, etc., et les raisonnemens qui y conduisent, déduits de faits nombreux, ont toute l'exactitude et la

précision mathématiques. Les maladies du poumon, du cœur et des intestins ne sont peut-être pas arrivées au même point de perfection. Il y a peu d'élèves, ayant suivi nos cours, qui n'aient resté frappés de la clarté et de la simplicité des signes qui caractérisent les maladies du cerveau; et il en est plusieurs qui ont acquis sur ce sujet une justesse de diagnostic vraiment surprenante. Ce résultat, que nous ne craignons de voir démentir par personne, est pour nous on ne peut plus satisfaisant; il prouve de la manière la plus péremptoire que les règles que nous avons tracées sont exactes et justes.

Les témoignages flatteurs que nous avons reçus de quelques professeurs de différentes universités célèbres d'Europe, ont été pour nos travaux une récompense bien douce, un dédommagement bien ample à quelques critiques faites en France. Les savans étrangers exempts de tout sentiment de haine ou d'amitié, ne nous connaissant que par nos productions, sont pour nous une véritable postérité contemporaine dont le jugement impassible nous absout des critiques dirigées contre nous, ou nous condamne sans

appel en les confirmant. Le succès de cet Ouvrage chez les nations étrangères a été au-delà de nos espérances, ce qui nous a fait penser que l'accueil que certains compatriotes avaient cru devoir lui faire ne partait pas d'un principe tout bienveillant.

Depuis quelque temps les exemplaires de cet Ouvrage que j'avais livrés au public étaient épuisés; les élèves qui suivent mes cours de clinique se sont plaints plusieurs fois de ce qu'ils ne pouvaient se le procurer; quelques médecins m'ont aussi témoigné le désir de l'avoir; d'après ces motifs, je me suis décidé à le réimprimer. On y trouvera une multitude de faits nouveaux et intéressans que je dois au zèle d'élèves distingués auxquels je me plais à payer ici un juste tribut de reconnaissance. Le lecteur trouvera leur nom à chacune de leurs observations. J'ai fait peu de changemens. Le propre des corollaires basés sur l'observation de la nature, c'est d'être confirmés par des observations nouvelles. Les critiques qui m'ont été adressées ne partant la plupart du temps que de personnes assez mal intentionnées ou mal placées pour juger les faits que

je publiais, m'ont paru tomber entièrement à faux : ce qui fait que je n'ai rien ou que j'ai peu changé. Je ne leur réponds que par des faits nouveaux ; la meilleure, la plus victorieuse de toutes les réponses. Je me serais volontiers rendu, si elles m'avaient paru d'accord avec l'expérience. Jusqu'ici je n'ai pas encore trouvé un fait contradictoire à ce que j'ai publié. Une multitude d'auditeurs peuvent confirmer ce que j'avance ; rien n'a été plus public, plus authentique et fait de meilleure foi que mes recherches, ce qui met ma conscience en repos sur ce qu'on en a dit, et sur ce qu'on en pourra dire.

TABLE

DES CHAPITRES ET DES OBSERVATIONS.

INTRODUCTION de la première édition......... Page 1
CHAPITRE Ier. *Description de la maladie dans son état simple et régulier*...................... 9
PREMIÈRE SECTION. Symptômes de la maladie........ 12
§ 1er. Première période........................ *ibid.*
§ II. Deuxième période.......................... 17
DEUXIÈME SECTION. Marche de la maladie.......... 21
Observations de ramollissemens simples et réguliers 22
Ire OBSERVATION. Marie-Geneviève-Angél. Dassonville. *ibid.*
IIe OBSERVATION. Geneviève Leroy................ 28
IIIe OBSERVATION. Marie-Thérèse Niquain.......... 31
IVe OBSERVATION. Marie-Mart. Marguerite Souchard. 33
Ve OBSERVATION. Godet........................... 36
VIe OBSERVATION. Marie-Jeanne l'Etoffée.......... 40
VIIe OBSERVATION. Marie-Thérèse Caudrillier...... 43
VIIIe OBSERVATION. Marie-Marguerite Vavasseur... 45
IXe OBSERVATION. Marie Clée.................... 48
Xe OBSERVATION. Agnès Lambert................. 51
XIe OBSERVATION. Marie-Jeanne Bonnier.......... 56
XIIe OBSERVATION. Thérèse Le Sauveur........... 60
XIIIe OBSERVATION. Jeanne-Catherine Gendarme... 63
XIVe OBSERVATION. Henriette Gournay............ 65
XVe OBSERVATION. Marie Doueet.................. 67
XVIe OBSERVATION. Victoire Houdon.............. 70
XVIIe OBSERVATION. Anne-Geneviève Membre...... 72
XVIIIe OBSERVATION. Françoise Prélat........... 76
CHAPITRE II. *Ramollissement simple, mais anomal.* 78

XIXe observation. Marie Thiébaut......... Page 80
XXe observation. Marguerite Tellier............ 83
XXIe observation. Jeanne Pinotte............... 87
XXIIe observation. Marie-Jeanne Bussière........ 91
XXIIIe observation. Anne Buy.................. 97
XXIVe observation. Marie-Adelaïde Grasset...... 99
XXVe observation. Marie-Philippine Lannot...... 101
XXVIe observation. Demonchy................... 103
XXVIIe observation. Françoise Coiffret.......... 107
XXVIIIe observation. Jeanne Bellanger.......... 110
XXIXe observation. Marie-Anne Aubé........... 112
XXXe observation. Françoise Coulomb.......... 114
CHAPITRE III. *Complication de la maladie*........ 116
XXXIe observation. Barbe Drouin.............. 117
XXXIIe observation. Bonnefoi.................. 121
XXXIIIe observation. Marie Cameau............ 124
XXXIVe observation. Geneviève d'Arsigny....... 127
XXXVe observation. Marie Gérard............. 130
XXXVIe observation. Rully.................... 133
XXXVIIe observation. Marie-Joseph Chenu....... 139
XXXVIIIe observation. Marie Lemercier......... 143
XXXIXe observation. Marie Vendat............. 146
XLe observation. Rosalie..................... 149
CHAPITRE IV. *Durée de la maladie*............. 152
CHAPITRE V. *Fréquence de la maladie*.......... 155
CHAPITRE VI. *Altérations pathologiques*.......... 157
CHAPITRE VII. *Nature de la maladie*............ 163
CHAPITRE VIII. *Terminaison et prognostic de la maladie*.................................. 171
XLIe observation. Diseau...................... 172
CHAPITRE IX. *Causes de la maladie*............ 183
CHAPITRE X. *Ramollissement de la moelle épinière*.. 186
XLIIe observation. Marguerite Maréchal......... 188
XLIIIe observation. Marie Brisset............. 191

XLIIIe observation *bis*. Félicie Lepoigny.... Page 193
XLIVe observation. Fouché.................... 201
XLVe observation. Héchivard.................. 205
XLVIe observation. Charles Verhulst........... 208
CHAPITRE IX. *Diagnostic*...................... 211
première partie. Appréciation des différens symptômes; leur conversion en signes.............. *ibid.*
première section. Appréciation des symptômes de la première période.................. 213
§ 1er. Céphalalgie.......................... *ibid.*
§ II. Vertiges............................ 214
§ III. Diminution de l'intelligence.............. *ibid.*
§ IV. Tendance au sommeil...................... 216.
§ V. Délire.............................. *ibid.*
§ VI................................ 217
§ VII................................ *ibid.*
§ VIII. Symptômes fournis par les sens........... 219
§ IX................................ 220
§ X................................ *ibid.*
§ XI................................ *ibid.*
deuxième section. Appréciation des symptômes de la deuxième période.................. 221
§ 1er. Paralysie des membres.................. 222
XLVIIe observation. Louise-Marguerite Leriche-Chalange.............................. 225
XLVIIIe observation....................... 230
XLIXe observation......................... 233
§ II. Paralysie des sens..................... 239
§ III. Douleurs des membres.................. 241
§ IV. Contracture des membres................ *ibid.*
§ V. Convulsion clonique..................... 242
§ VI. Céphalalgie.......................... *ibid.*
§ VII. Etat de l'intelligence................. 243
§ VIII. Somnolence, coma, carus................ 245

§ IX. Rougeur de la face.................. Page 246
§ X. Plaintes, agitation......................... *ibid.*
TROISIÈME SECTION. Diagnostic local.............. 247
L^e OBSERVATION. Marie-Anne Lahoussay........... 256
LIe OBSERVATION. Poteau......................... 258
QUATRIÈME SECTION. Marche de la maladie......... 264
DEUXIÈME PARTIE. Diagnostic différentiel; maladies qui peuvent simuler le ramollissement; en quoi elles diffèrent.................................. 267
§ 1er. Congestion sanguine cérébrale.............. 268
LIIe OBSERVATION. Marie-Françoise Varlot......... *ibid.*
LIIIe OBSERVATION................................ 270
LIVe OBSERVATION................................. 272
LVe OBSERVATION. Marie-Antoinette Adancourt.... 276
LVIe OBSERVATION. Anne Octavien................. 280
LVIIe OBSERVATION. Aubigny...................... 281
LVIIIe OBSERVATION. Marie-Thérèse Courtois...... 285
LIXe OBSERVATION. Marie-Angélique Varlouzel..... 287
LXe OBSERVATION. Aimée Edet..................... 288
LXIe OBSERVATION. Anne Marseille................ 293
LXIIe OBSERVATION. Marie-Julienne Royer......... 295
LXIIIe OBSERVATION. Marie-Louise Arlot.......... 299
§ II. Congestion séreuse......................... 303
§ III. Arachnitis................................ 304
LXIVe OBSERVATION. Jeanne Cochard............... 305
LXVe OBSERVATION. Hermann....................... 308
LXVIe OBSERVATION. Lemi......................... 312
LXVIIe OBSERVATION Marie-Jeanne Duplaquet....... 316
LXVIIIe OBSERVATION. Marie-Anne Lucien.......... 320
LXIXe OBSERVATION. Drouin....................... 323
LXXe OBSERVATION. Constance Grosot.............. 325
§ IV. Apoplexie.................................. 330
§ V. Apoplexie sanguine.......................... 332
LXXIe OBSERVATION. Noël Patère.................. 336

LXXIIe OBSERVATION. Reval.................. Page 338
LXXIIIe OBSERVATION. Marie-Jeanne-Sébast. Deligny. 343
LXXIVe OBSERVATION. Marie Denisot............ 345
LXXVe OBSERVATION.......................... 348
LXXVIe OBSERVATION. Marie-Jeanne Coste........ 350
LXXVIIe OBSERVATION. Octavien................. 354
LXXVIIIe OBSERVATION. Marie-Madeleine Ducert... 359
LXXIXe OBSERVATION. Marie-Elisabeth Agron..... 363
LXXXe OBSERVATION. Françoise Bercery.......... 367
LXXXIe OBSERVATION. Elisabeth Roisin.......... 369
LXXXIIe OBSERVATION. Marie-Anne Lehaulier..... 372
LXXXIIIe OBSERVATION. Rose Sénélar............ 373
LXXXIVe OBSERVATION. Perpétue Bouvier......... 383
LXXXVe OBSERVATION. Marie-Anne Baudin......... 385
LXXXVIe OBSERVATION. Julie Chaussée........... 387
LXXXVIIe OBSERVATION. Marie Marguerite Potin.. 389
LXXXVIIIe OBSERVATION. Marie Bonard.......... 391
LXXXIXe OBSERVATION. Lacroix.................. 394
XC^e OBSERVATION. Chevalier.................... 396
XCI^e OBSERVATION. Marguerite Henrion.......... 398
XCII^e OBSERVATION. Marie-Victoire Dussaret....... 401
§ VI. Cancer du Cerveau....................... 404
XCIII^e OBSERVATION. Magdeleine-Thérèse Baillet.... 405
XCIV^e OBSERVATION............................ 409
§ VII. Tumeurs fongueuses de la dure-mère....... 411
§ VIII. Acéphalocystes......................... 412
XCV^e OBSERVATION. Thérèse Vieillard............ 413
§ IX. Tubercules du cerveau..................... 417
XCVI^e OBSERVATION. Françoise Franchebois....... 419
§ X. Tumeurs osseuses des parois internes du crâne. 427
§ XI. Affections admises comme nerveuses....... *ibid.*
XCVII^e OBSERVATION. Louise Deschamps.......... 429
XCVIII^e OBSERVATION. Thérèse Chéramé........... 433
CHAPITRE XII. *Traitement*..................... 438

Première section. Traitement préservatif...... Page 438
§ Ier. Hygiène.. 439
§ II. Moyens pharmaceutiques........................ 442
Deuxième section. Traitement de la deuxième période. 443
Complications.. 447
Résumé général...................................... 449

FIN DE LA TABLE DES CHAPITRES.

RECHERCHES

SUR

LE RAMOLLISSEMENT

DU CERVEAU.

INTRODUCTION DE LA PREMIÈRE ÉDITION.

Tout médecin doit à la science le tribut de ses observations. Lorsqu'il rencontre des faits nouveaux, ou des faits qui, sans être nouveaux, confirment des vérités encore obscures, et non généralement admises, ou infirment des propositions fausses reçues comme des vérités incontestables, il est de son devoir d'en faire part à ses confrères, qui deviennent ses juges. Ces juges sont d'abord difficiles à convaincre, parce qu'il est toujours pénible d'avouer que l'on s'est trompé, et d'autant plus, que l'erreur est plus ancienne; mais, subjugués enfin par l'ascendant de la vérité, ils finissent tôt ou tard par se ranger

sous sa bannière. Un médecin capable d'attention, qui a long-temps interrogé la nature vivante et *morte*, qui, fondé sur des observations multipliées, croit avoir reconnu quelque erreur ou quelque vérité, doit braver les sarcasmes de l'amour-propre humilié, doit mépriser les criailleries, les outrages de quelques confrères ignorans, d'autant plus opiniâtres qu'ils ont moins vu, et rendre public le résultat de ses observations. Ses antagonistes, il est vrai, croiront triompher lorsqu'ils auront opposé à ces faits, les opinions péniblement rassemblées de ses prédécesseurs, bien que ce soit précisément pour combattre ces mêmes opinions qu'il ait recueilli ces faits. Ils ne réfléchissent pas que des faits ne peuvent être, je ne dirai pas détruits (parce que rien ne peut détruire des faits), mais balancés que par des faits contradictoires, et que n'en ayant pas à opposer, ils ne sont pas juges compétens, et devraient se taire. Mais le désir immodéré de faire parler de soi, et la certitude de trouver des approbateurs et des auxiliaires dans les autres amours-propres humiliés, leur fait entreprendre de combattre tout ce qui heurte leurs préjugés. Néanmoins, pour emprunter le langage de Despréaux, si quelquefois la cabale et l'envie rendent douteux le succès de la vérité, cela ne dure guère; et il en arrive enfin *comme d'un morceau de bois qu'on enfonce dans l'eau avec la main : il demeure au fond tant qu'on l'y retient; mais bientôt la main venant à se lasser, il se relève et gagne le dessus.*

En vain la colère et l'envie
S'arment contre la vérité,
Le temps l'arrache à leur furie
Et la rend à l'éternité.

Ce n'est pas à cette adresse que j'ai la prétention d'envoyer mes Recherches ; j'en fais hommage à mes contemporains : heureux s'ils en retirent quelque fruit. *Ceux qui étudient la nature* verront si j'ai observé avec attention ; ils confirmeront mes observations si elles sont justes, redresseront mes erreurs si j'en ai commis, et rejetteront même toutes mes conséquences si je les ai mal déduites. Je recevrai leurs critiques avec reconnaissance ; je serai d'autant plus satisfait d'être éclairé sur le point dont je m'occupe, que les faits les plus multipliés sont loin d'avoir jeté sur cette matière tout le jour que j'aurais désiré. J'ai observé de mon mieux, long-temps et un grand nombre de fois ; je prie le lecteur de peser toutes ces circonstances, et de ne pas juger trop vite et sur un petit nombre de faits. Quant à ceux qui, faisant des livres à la mode de l'abbé Trublet, voudraient rejeter mes observations, parce qu'ils n'ont rien vu de semblable, ou parce que telles ou telles autorités n'ont pas connu les altérations dont je parle, ou les ont confondues sous une même dénomination, je déclare d'avance que je n'en fais aucun cas. J'ai pris toutes les précautions possibles pour ne pas me laisser dominer par des opinions formées d'avance. Pour éviter de donner à mes observations la couleur de ma façon de penser, je n'ai pas voulu les recueillir

moi-même; je les ai confiées à des élèves intelligens, instruits et exercés, aimant mieux m'exposer à perdre quelques nuances qui auraient pu m'être utiles dans le tableau que je vais tracer, que d'encourir le soupçon outrageant d'avoir fait fléchir la vérité. Mon respect pour elle a même été au point que je me suis abstenu de toucher à la rédaction des observations; j'ai seulement corrigé quelques négligences de style qui avaient échappé à leurs auteurs. Tels sont les garans de l'exactitude que j'ai mise dans mes Recherches, et dont j'ai cru devoir faire part au lecteur. On me reprochera peut-être de n'avoir pas multiplié davantage les citations d'auteurs : je répondrai à ce reproche d'abord que je me propose de donner mes observations, et non celles d'autrui; il faut laisser le plaisir de compiler à ceux qui sont assez malheureux pour n'avoir rien à fournir de leur propre fonds; en second lieu, que les recherches bibliographiques que j'ai faites ne m'ont rien appris de satisfaisant, au point de me conduire à penser que cette maladie est une découverte toute moderne, que plusieurs personnes peuvent avoir vue à peu près en même temps, aucun auteur n'en ayant traité *ex professo* (1). Je sais que pour mon compte elle

(1) Il est juste de dire qu'il existe quelques Dissertations où l'on parle de cette maladie; que Morgagni en a cité quelques exemples; que M. Rochoux, dans son estimable Monographie sur l'Apoplexie, a traité du ramollissement cérébral; que MM. Abercrombie, dans un Mémoire sur

ne m'a été communiquée par personne, et je ne trouve pas à cela un grand mérite; il n'a fallu que voir ce qui se présentait de soi-même. Il y a environ neuf ans, une malade offrant tous les symptômes d'une attaque d'apoplexie, fut amenée à l'infirmerie de la Salpêtrière : le médecin, dont je suivais alors la visite en qualité d'élève interne, diagnostiqua un épanchement sanguin, et l'habitude où j'étais de voir justifier son diagnostic, ne me permit pas de douter de sa justesse : quelle fût ma surprise lorsqu'au lieu de l'épanchement que je cherchais, je ne rencontrai qu'un ramollissement considérable d'une partie de la substance cérébrale! Cette altération, toute nouvelle pour moi, me frappa tellement, que mon attention se dirigea sur elle d'une manière à peu près exclusive. J'en parlai à plusieurs médecins fort instruits, dont les uns m'objectèrent qu'une pareille altération ne pouvait pas être survenue tout à coup; d'autres dirent que c'était une *apoplexie nerveuse ou séreuse;* quelques-uns, que ce que j'avais rencontré n'était que l'effet de la température ou des manœuvres violentes nécessaires pour briser l'enveloppe osseuse de l'encéphale, etc. Bien certain d'avoir rencontré une altération morbide, je ne me laissai nullement ébranler par ces objections, et je résolus fermement de poursuivre mes recherches

---

l'inflammation chronique du cerveau, Bricheteau et Moulin, en ont aussi parlé, mais d'une manière plus ou moins accessoire.

plus attentivement que jamais. L'occasion ne tarda pas à se présenter de nouveau, et je trouvai les mêmes altérations chez un grand nombre de sujets qui avaient offert les mêmes symptômes. L'exemple le plus frappant de ce genre est celui qui se présenta peu de temps après, durant un de ces excellens cours de clinique dont M. Landré-Beauvais a laissé la tradition à la Salpêtrière. Une femme avancée en âge fut amenée, après avoir perdu subitement connaissance, dans un état complet d'hémiplégie. L'observation fut recueillie; on nota exactement le degré de coma, d'intelligence, de sensibilité, de contractilité, etc.; et à l'ouverture on trouva un lobe entier du cerveau (hémisphère) ramolli et de couleur rosée. Cent élèves avaient vu la malade, plus de cinquante furent témoins de l'ouverture. Cette observation ne fut pas perdue pour moi. J'avais été frappé, comme tout le monde, des signes d'apoplexie; mais j'avais remarqué, de plus, un symptôme auquel on n'avait pas fait attention : lorsqu'on demandait à la malade où elle souffrait, elle ne répondait pas, mais elle portait lentement et avec peine, à sa tête, la main restée mobile; elle s'efforçait même machinalement de la diriger vers cette partie sans en être sollicitée. Je ne savais pas alors quelle valeur pouvait avoir ce signe; on verra plus bas de quel prix il peut être. Une remarque assez singulière, et qui doit trouver sa place ici, c'est que lorsqu'un médecin observe pour les premières fois une maladie de ce genre, il n'est frappé et il ne tient compte que des sym-

ptômes de l'apoplexie : au point que si vous lui demandez, après la mort des malades, s'il n'y avait pas quelques nuances capables de faire distinguer ces deux lésions, il ne dira pas qu'il ne les a pas observées, mais qu'*elles n'existaient pas, qu'il n'y en avait aucune*. Il m'est arrivé de reconnaître, dans le vivant, cette altération, d'en prévenir quelques personnes, et de laisser ignorer le diagnostic à l'élève chargé de recueillir l'observation : eh bien ! celui-ci décrivait exactement l'apoplexie, et ne voyait qu'elle. J'ai même sous les yeux des observations restées incomplètes à cause de cela : je pourrai même citer toutes celles que j'ai recueillies moi-même jusqu'à une certaine époque ; elles sont toutes intitulées *Apoplexies* ; les symptômes tracés n'indiquent pas autre chose. Les personnes, au contraire, prévenues du diagnostic, reconnaissent la marche de la maladie, et la décrivent plus exactement. Au bout d'un certain temps, elles parviennent à les reconnaître elles-mêmes. Les élèves qui ont suivi ma visite sont même assez habiles en ce genre. Il fallait donc arriver à distinguer, pendant la vie, deux altérations organiques si différentes. Il y avait de grandes difficultés à surmonter. On doit avouer que la destruction de la même partie doit donner lieu à la même altération dans la fonction à laquelle préside cette partie : cette réflexion m'a souvent attiédi dans mes recherches ; mais enfin, persuadé que des causes diverses doivent avoir des effets différens, j'ai persévéré dans mon investigation, et je suis parvenu à reconnaître cette

lésion avec presque autant de *probabilités* que les autres altérations organiques. C'est plutôt sur la *marche* de la maladie, sur des nuances fugitives, que ce diagnostic est fondé, que sur des signes pathognomoniques; mais en existe-t-il pour quelque maladie? L'écrit que je publie aujourd'hui est destiné à éviter aux lecteurs le travail qu'il m'a fallu faire pour arriver au point où je suis parvenu; but d'autant plus avantageux pour eux, si je l'atteins, que tous les médecins ne se trouvent pas convenablement placés pour se livrer aux mêmes recherches.

CHAPITRE PREMIER.

Description de la maladie dans son état simple et régulier.

La maladie que je vais décrire affecte l'encéphale; elle est constamment caractérisée par le ramollissement d'une partie de sa substance, et souvent par le changement de sa couleur naturelle. Il semblerait, d'après cela, que rien ne devait être plus facile que de trouver un mot expressif et harmonieux pour désigner cette altération. Je me suis cependant armé vainement de Castelli, de Scapula, de Schrevelius, et des Racines grecques, mon génie nomenclateur n'a pu me fournir que des noms plus ou moins barbares, dont le plus court n'avait pas moins de six syllabes. J'ai donc abandonné cette vaine entreprise, laissant à d'autres la gloire de la mettre à fin. Je n'ai pas voulu, comme M. Abercrombie, donner à cette altération le nom d'*inflammation chronique du cerveau*, d'abord parce qu'elle n'est rien moins que toujours chronique; en second lieu, parce que je ne suis pas convaincu que ce soit toujours une inflammation; c'est par cette dernière raison que j'ai rejeté le nom d'*encéphalite*, qu'elle mérite, je pense, dans certains cas, mais non toujours. Je me suis donc déterminé à laisser à cette maladie la périphrase

sous laquelle on la connaît déjà, et qui désigne son principal phénomène. Toutes les maladies devraient être nommées, en effet, d'après le genre d'altération qu'elles produisent dans les organes; jusque-là le langage médical est condamné à la plus dégoûtante confusion. Qu'il serait désirable, en effet, que la Médecine en fût au point de connaître assez le siége des maladies, et l'espèce de modifications qu'elles apportent dans les tissus de nos organes, pour pouvoir leur assigner un nom d'après ces phénomènes! Quelle clarté, quelle certitude, quelle satisfaction pour l'esprit ne résulterait-il pas de cette connaissance! et qu'on doit s'estimer heureux lorsqu'on y est parvenu pour quelque affection! Sans cette connaissance, il n'y a plus que vague, que doute, qu'incertitude et qu'erreur. Ce n'est donc pas sans une pénible surprise que nous avons vu le fils de l'auteur illustre de la Nosographie, méconnaissant ces principes incontestables, dire que « les termes de *céphalite*, d'*encéphalite*, de RAMOLLISSEMENT, par lesquels on avait voulu désigner les *inflammations* du cerveau, lui paraissaient inexacts, en ce que le premier indiquait une inflammation de la tête en général, et que le second ne pouvait pas faire distinguer les phlegmasies du cerveau de celles du cervelet et de méninges. Quant au mot *ramollissement*, qu'il était encore, croyait-il, plus *irrégulier*: de même, en effet, qu'on n'appelle point la pneumonie *endurcissement aigu du poumon*; de même à l'égard du cerveau, il ne faut pas prendre l'effet de la maladie pour sa cause, mais bien remonter de suite à

la source de l'altération. » Fort bien : si la nature de la maladie était reconnue et non contestée, rien de mieux que d'appliquer à cette maladie un nom qui indiquât cette nature. Lorsque cette question est encore en litige, rien ne serait plus téméraire, et partant plus dangereux, que de lui appliquer une dénomination hasardeuse, dont l'expérience pourrait, au détriment de l'humanité, démontrer ultérieurement l'erreur. On s'expose à retomber dans les absurdités des causes occultes, lorsqu'on veut pénétrer la nature intime des maladies ; les vrais observateurs de tous les âges se sont bornés à tracer les phénomènes qu'elles présentent, et nul n'est plus intéressant que le genre d'altération qu'elles déterminent dans les organes. Nous le répétons, on ne saurait suivre une route plus sûre ; et comme il ne peut y avoir dans l'homme, ainsi que nous l'avons dit bien des fois, que de l'anatomie saine (état physiologique) et de l'anatomie malade (état pathologique), ce sont ces études seules qui peuvent nous conduire à des connaissances positives.

Malgré les longs efforts de quelques personnes de mérite, je ne pense en aucune manière que le ramollissement du cerveau soit *toujours* inflammatoire ; j'espère établir plus bas cette assertion sur des preuves positives. Nous continuerons donc d'appeler *ramollissement du cerveau*, la maladie dont nous nous occupons.

PREMIÈRE SECTION.

Symptômes de la maladie.

On peut distinguer deux périodes bien tranchées dans le ramollissement cérébral.

§ I. *Première période.*

La première période n'offre que des phénomènes vagues, qui surviennent dans une foule d'affections, qui échappent à l'attention du médecin; qui, par eux-mêmes, n'ont presque aucune valeur, mais qui deviennent de la plus haute importance et servent beaucoup à caractériser la maladie, lorsque celle-ci s'est manifestée par les symptômes de la seconde période. Ils sont même d'une telle importance, que, lorsqu'ils n'ont pas existé, ou qu'ils n'ont pas été observés, le diagnostic est infiniment obscur. Il n'existe souvent qu'un ou deux de ces phénomènes, et ils suffisent ordinairement pour faire connaître quelle est l'espèce de lésion cérébrale, lorsque les symptômes de la seconde période viennent à se montrer. Voici ces phénomènes précurseurs : Le malade qui doit être frappé de ramollissement du cerveau, est quelquefois en proie à une douleur de tête fixe, opiniâtre, intolérable. Cette douleur résiste ordinairement à tous les moyens qu'on emploie pour la calmer; elle persiste pendant un temps plus ou moins long, plusieurs jours, ou même quelques

mois. Cette douleur de tête n'existe pas toujours; mais lorsque le malade l'a éprouvée, et que le médecin vient à l'apprendre, il doit redouter le ramollissement cérébral. Des vertiges rendent la marche du malade vacillante; les facultés de l'intelligence, qui, comme l'a si profondément démontré M. de Tracy, si faiblement combattu par le docteur Spurzheim, peuvent se réduire à la faculté unique de sentir, deviennent plus obtuses; les perceptions sont lentes, le jugement pénible, la mémoire faible et infidèle, l'imagination nulle, les idées confuses; les réponses sont cependant justes, mais elles ne sont émises qu'avec une certaine lenteur, après une assez longue réflexion; la langue peut être embarrassée; d'autres fois, le malade s'exprime avec brièveté; son humeur change; il devient morne, taciturne, plaintif, quelquefois indifférent. Il a souvent de la tendance au sommeil; il ne déraisonne pas, mais les personnes qui l'entourent s'aperçoivent que son intelligence n'est plus dans son état naturel; elles disent ordinairement qu'il a la tête un peu dérangée. Indépendamment de ces symptômes, on observe des fourmillemens, des engourdissemens dans l'un des membres, ordinairement vers les doigts, de la difficulté à saisir les objets (1), ou bien de la roideur,

---

(1) Une femme, qui a nous paru menacée du ramollissement du cerveau, et qui s'exprimait avec une rare perfection, nous disait ne sentir les corps qu'elle touchait qu'à travers une espèce d'étamine; elle employait encore une foule

poussée assez souvent jusqu'à une certaine contracture. La sensibilité du membre malade n'est pas toujours diminuée en rapport de la contractilité; il arrive parfois qu'elle est augmentée au point que le moindre attouchement arrache des cris à la personne affectée; ces douleurs ne peuvent être confondues avec celles du rhumatisme, elles sont toujours exemptes de rougeur, de chaleur et de tuméfaction, phénomènes qui accompagnent cette dernière maladie lorsqu'elle est aiguë. Les facultés intellectuelles ne sont pas toujours diminuées; il arrive qu'elles sont perverties et augmentées; le malade éprouve quelquefois du délire, une agitation extrême avec des symptômes fébriles; enfin l'aliénation mentale, la démence sénile, précèdent souvent le ramollissement du cerveau, ainsi que nous l'avons vu fréquemment, et qu'il est démontré par les observations de M. Georget (1).

J'ai rarement observé la difficulté de supporter une vive lumière, ainsi que le strabisme, précédant la lésion dont nous parlons; mais la diminution de la vue (le malade se plaint d'avoir la vue trouble), sa perversion, ou même la cécité complète, sont des phénomènes précurseurs assez fréquens.

Il existe souvent des tintemens d'oreilles; le moindre bruit est parfois insupportable, mais plus fréquemment la finesse de l'ouïe est diminuée.

---

d'expressions caractéristiques qui peignaient avec la plus grande clarté l'espèce d'altération dont l'organe du toucher était le siége.

(1) *De la Folie*, page 490.

L'odorat et le goût, qui doivent aussi présenter quelques altérations, en offrent rarement d'assez sensibles pour que le malade s'en plaigne : au reste, dans la période dont nous parlons, la plupart des phénomènes que nous venons de décrire sont si légers, que rarement les malades réclament pour eux les secours de l'art, et que souvent ils ne les accusent même pas aux personnes qui les entourent. On ne parvient à les connaître quelquefois que lorsque, dans la deuxième période, le malade conserve assez de raison pour rendre compte de ce qu'il éprouvait auparavant. D'ailleurs, comme nous l'avons déjà dit, tous les symptômes sont loin d'exister à la fois chez le même individu, comme on pourra le voir par les observations que nous citons. On nous objectera que tous les phénomènes que nous venons d'énumérer, sont aussi les phénomènes précurseurs de l'apoplexie : on verra à l'article du diagnostic la distinction qu'il convient d'établir, et l'appréciation de chacun de ces symptômes.

Telles sont les altérations que j'ai observées dans les organes des sens et de l'intelligence, de la contractilité et de la sensibilité animales (la vie de relation) pendant cette première période de la maladie. J'ai dû m'y arrêter, et fixer sur elles l'attention du lecteur, parce qu'elles sont d'une très haute importance pour le diagnostic. Malheureusement lorsqu'on est appelé pour soigner un individu attaqué de ramollissement cérébral, il est presque toujours hors d'état de donner les renseignemens propres à éclairer

le diagnostic, et les personnes qui l'entourent ne peuvent suppléer à son silence pour les raisons énoncées plus haut.

Les fonctions organiques présentent souvent aussi des dérangemens durant cette période. L'appétit est diminué, la soif plus vive; la digestion est difficile, la bouche est pâteuse, la langue blanche; il existe des nausées, et même des vomissemens très abondans de matières bilieuses, vertes, poracées; l'épigastre est sensible à la pression, ainsi que le reste de l'abdomen; le dévoiement se manifeste dans quelques cas, la constipation, ou plutôt la paresse du rectum, est plus fréquente. Il est rare que dans cette période la défécation soit involontaire; il n'en est pas de même de l'émission des urines, que le malade a, la plupart du temps, de la peine à retenir; l'abondance de cette évacuation est cependant moindre que de coutume. Il est assez rare que la respiration soit altérée : cependant le malade se plaint quelquefois d'étouffer, d'avoir la respiration gênée; elle est plus souvent ralentie qu'accélérée, quoique sa gêne se manifeste ordinairement par sa vitesse. Le pouls est très variable, rarement sa fréquence augmente-t-elle; il est parfois développé; dans certains cas, plus rare et plus lent que dans l'état naturel. Les symptômes que peuvent présenter les autres fonctions, telles que l'*absorption* et l'*exhalation*, les *sécrétions* et les *excrétions*, et la *nutrition*, n'ont rien de constant, ni de bien digne de remarque. Il n'est pas rare que quelque phlegmasie intense, thorachique ou abdo-

minale précède le ramollissement cérébral. J'ai vu quelquefois une diathèse générale inflammatoire précéder cette maladie. Tous les viscères étaient enflammés; les poumons étaient hépatisés, les plèvres couvertes de fausses membranes; le tube digestif phlogosé dans toute son étendue, etc. : ces derniers exemples sont rares; il est plus commun de voir les symptômes de la deuxième période se montrer chez un individu qui a été atteint seulement d'une violente entérite, ou d'une péripneumonie intense. Je rapporte quelques faits de cette dernière espèce; mais j'ai été témoin d'un exemple du premier genre, assez singulier par les circonstances dont il est accompagné pour en donner aussi le sommaire. (*Voyez* les Observations.)

Au reste, les phénomènes que présentent les organes ou les fonctions qui président à la vie individuelle sont bien moins importans que ceux de la vie animale, et méritent bien moins de fixer l'attention du médecin.

§ II. *Deuxième période.*

Cependant, après avoir présenté quelques-uns des signes dont nous venons de parler, l'individu affecté du ramollissement cérébral perd tout à coup, ou graduellement, et d'une manière plus ou moins rapide, l'usage de quelques-uns de ses membres, quelquefois d'une moitié du corps. S'il est debout, il tombe. Il arrive même, lorsqu'il est couché, qu'il tombe de son lit dans sa ruelle. La plupart du temps,

il ne perd nullement connaissance, il conserve son intelligence; mais il a une peine infinie à répondre aux questions qu'on lui adresse : ce n'est que par des mouvemens automatiques qu'il fait entendre qu'il conçoit. Il est des cas où l'état comateux est parfait, mais ces cas ne sont pas ordinaires. Lorsque l'état comateux est survenu tout à coup ainsi que la paralysie, le malade reprend communément connaissance le lendemain de l'accident, et le médecin peu expérimenté ne manque pas de se féliciter du prétendu succès de son traitement; mais bientôt de nouveaux accidens reviennent dissiper cet espoir illusoire; les symptômes s'aggravent de nouveau, l'intelligence et les fonctions des sens s'abolissent entièrement, le malade tombe dans un coma parfait, les membres deviennent immobiles, et il succombe au bout de quelques jours, ordinairement du quatrième au quinzième jour, présentant, dans le plus grand nombre de cas, les *symptômes de la fièvre adynamique.*

Durant le cours de la maladie, l'état des membres n'est pas le même chez tous les individus. Le plus fréquent est, sans contredit, celui de la diminution ou de l'abolition de la contractilité; le membre est plus ou moins paralysé; il peut être dans une résolution parfaite. Le malade éprouve fréquemment dans le membre affecté des engourdissemens, une grande pesanteur, des fourmillemens, des picotemens, enfin des élancemens et des douleurs intolérables, augmentant surtout lorsqu'on touche ce

membre. Il n'est pas très rare d'observer une grande roideur, une contracture invincible du côté malade. L'avant-bras est fléchi sur le bras, le poignet sur l'avant-bras; on éprouve beaucoup de peine à ramener le membre à sa position naturelle, et ce n'est que pour un moment. Un état des membres beaucoup moins fréquens, c'est l'état convulsif; il est peu commun de rencontrer des malades qui éprouvent des convulsions générales ou partielles, néanmoins je les ai observées dans quelques cas, comme on le verra par les faits que je rapporte.

La face peut être pâle ou fortement injectée, selon quelques circonstances dont nous parlerons; la douleur de tête qui existait avant la manifestation des symptômes de la deuxième période, augmente d'intensité; elle survient même lorsque le malade ne l'éprouvait pas précédemment. Si on lui demande quel est l'endroit où il souffre; après la première, mais souvent après la deuxième ou la troisième question, il porte la main restée libre sur une région de la tête. Il est remarquable que c'est presque toujours précisément sur le siége du mal, et du côté opposé à la paralysie. Lorsque le malade est dans le délire, ce délire persiste après la manifestation de la paralysie, mais il est plus taciturne.

Cependant le délire n'est pas un symptôme commun; dans le plus grand nombre des cas, il existe de la stupeur, une diminution plus ou moins considérable de l'intelligence, un état comateux plus ou moins profond. Si l'encéphale est dans cet état, les

sens le partagent ordinairement, ils deviennent beaucoup moins sensibles à leurs excitans naturels, et cessent tout-à-fait de l'être vers les derniers momens de la maladie. La vue reste cependant quelquefois sensible à la lumière, les pupilles se resserrent à l'approche d'une bougie; il arrive aussi que l'une de ces deux ouvertures est plus dilatée que l'autre, et qu'elle est même tout-à-fait immobile. Les yeux sont souvent fixes, dirigés en haut, la tête étant ordinairement portée en arrière. L'ouïe devient généralement dure, je ne crois pas l'avoir vue devenir plus fine, non plus que la vue, dans cette seconde période. Quant au goût et à l'odorat, les stimulans que nous avons souvent fait diriger sur eux, ont presque toujours donné la certitude de leur diminution de sensibilité. La bouche est rarement contournée à cette époque, mais plus tard elle se dévie; le tact doit suivre les mêmes altérations, il est difficile de s'en assurer d'une manière positive; le malade est souvent affecté de carphologie; il cherche à rapprocher ses couvertures, il semble ramasser des corps légers répandus sur sa couche, et manifestement sans motifs.

La soif est ordinairement augmentée, l'appétit nul; les lèvres et les dents sont sèches; la langue est rugueuse, fendillée, gercée, rouge d'abord, bientôt brunâtre et même noirâtre. La déglutition est souvent pénible, presque impossible; le malade fait des efforts considérables pour avaler, il éprouve quelquefois des convulsions pendant cet acte. On observe

dans certains cas des vomissemens abondans d'alimens d'abord, puis de bile; les personnes qui entourent le malade disent qu'il a éprouvé une indigestion. Le ventre donne quelquefois des signes d'une très vive sensibilité; parfois il y a déjections involontaires des matières alvines, mais plus fréquemment constipation. Les urines s'échappent plus souvent à l'insu du malade, ainsi que nous l'avons noté pour la première période; la respiration est gênée dans la plupart des cas. Le pouls est, dans quelques circonstances, plus fréquent et plus fort que de coutume.

DEUXIÈME SECTION.

Marche de la maladie.

L'état que nous venons de décrire peut rester stationnaire, du moins en apparence, pendant un laps de temps plus ou moins long; après quoi le mal fait des progrès plus ou moins rapides jusqu'à la mort, terme ordinaire de cette funeste altération. D'autres fois les progrès se font sentir dès les premiers jours, et vont toujours croissant jusqu'à la terminaison. Il est très rare de voir diminuer les signes de coma et de paralysie à une époque assez avancée de cette affection; je ne l'ai vu qu'une fois, ce qui doit faire ranger ce fait parmi ceux dont la marche est anomale. Au reste, les symptômes fâcheux ne tardent pas à revenir. La marche de cette maladie est donc essentiellement continue et toujours croissante. Il existe néanmoins des paroxysmes, le soir, dans les cas où

le malade présente quelques autres symptômes de phlegmasie. Alors la face rougit, la chaleur augmente, le pouls se développe, etc. Le décubitus a presque constamment lieu sur le dos ou sur le côté paralysé pendant tout le cours de la maladie. La scène se termine communément par tous les phénomènes de la fièvre adynamique. La nature, qui s'astreint rarement à nos divisions, offre, dans la maladie dont nous parlons, non-seulement la marche aiguë et chronique, mais encore toutes les nuances intermédiaires. On distinguera la marche aiguë et on pourra prédire un terme plus prompt, lorsque les symptômes marcheront avec intensité et rapidité. S'ils sont lents, stationnaires, l'époque fatale sera plus éloignée.

Tels sont les phénomènes que présente la maladie dans son état simple et régulier. Le lecteur doit être déjà frappé de la physionomie particulière de cette affection; j'ai omis quelques détails qui m'ont paru peu importans, et ne devoir qu'alonger inutilement cet écrit. Pour rendre plus frappant encore ce que nous venons de dire, nous allons citer quelques observations particulières, offrant la maladie dans son plus grand état de simplicité. A l'article du diagnostic, nous apprécierons non-seulement la valeur de chacun des principaux symptômes, mais nous ferons voir, autant qu'il nous sera possible, en quoi la maladie dont nous traçons l'histoire, diffère des autres affections cérébrales qui ont avec elle la plus grande ressemblance, et avec lesquelles on pourrait la con-

fondre. Il nous semble utile néanmoins que le lecteur devine pour ainsi dire cette distinction, après avoir réfléchi sur la description de la maladie régulière et simple, et sur les observations détaillées.

Observations de Ramollissement du cerveau, dont les symptômes ont marché d'une manière régulière et simple.

Première observation (1).

Marie-Geneviève-Angélique Dassonville, veuve Moissonet, âgée de soixante-dix ans, d'une constitution sèche, *éprouve depuis un an des engourdissemens dans les membres inférieurs*. Ils sont arrivés sans cause connue, et ont augmenté à tel point, qu'ils produisent une gêne dans les fonctions de ces membres. En effet, Dassonville traîne les jambes en marchant, et particulièrement celle du côté *gauche*; c'est aussi dans celle-là que se fait particulièrement sentir l'engourdissement. L'une et l'autre n'ont point perdu leur sensibilité, la malade y éprouve de la douleur lorsqu'on les pince. En les regardant attentivement, on ne voit aucune différence dans leur forme.

La cause de cet engourdissement paraît encore avoir agi sur les facultés mentales de la malade, au point qu'elle passe dans son dortoir pour avoir le *cerveau un peu dérangé*; cependant elle entend bien

(1) Recueillie par M. Bardin, élève interne de première classe.

et répond assez directement aux questions qu'on lui adresse, mais rarement elle prend part aux conversations de ses compagnes ; il semble que l'organe de l'intelligence ne soit plus dans les conditions nécessaires pour pouvoir s'arrêter quelque temps sur un même objet.

Dans les premiers jours de juillet 1819, Dassonville éprouve des *pesanteurs de tête*, accompagnées d'*étourdissemens* qui ne sont que passagers. Le 15 du même mois, en s'habillant, elle tombe de son lit sur le carreau, et c'est sa tête qui reçoit le principal choc; il est bon de noter qu'elle n'a pas perdu connaissance, ni avant, ni pendant, ni après la chute. Les douleurs de tête *augmentèrent depuis*, et se compliquèrent de quelques symptômes d'embarras gastrique. La malade fut admise le premier août à l'infirmerie : elle présentait les symptômes suivans :

Faiblesse générale, céphalalgie, perte d'appétit, bouche sèche, langue rouge et sèche, abdomen souple, nullement douloureux, constipation, peau chaude, légèrement humide, pouls fréquent, respiration libre, point de toux, ni envie de tousser. Quelques heures après son entrée, paroxysme avec *délire*, tel qu'on est obligé de mettre la camisole à la malade. Elle ne parlait pas, mais elle agitait ses bras et cherchait à sortir de son lit. Le délire dura plusieurs heures; il revint le lendemain et les deux jours suivans à peu près à la même heure, mais il fut moins long.

Le 5, le délire ne reparut plus, et à cette agita-

tion succéda un calme, ou plutôt une espèce d'insensibilité fort remarquable. Décubitus sur le dos, immobilité presque complète du corps; la tête est portée en arrière, la face légèrement inclinée à droite, les yeux entr'ouverts et un peu tournés en haut, les dents rapprochées et les lèvres ouvertes, les bras et les membres inférieurs alongés : telle est la position que garde la malade, et qu'elle a conservée jusqu'à la mort. Elle ne parle que lorsqu'on l'interroge, encore n'obtient-on que très difficilement des réponses incomplètes; il faut élever la voix et répéter plusieurs fois la même question. Alors elle fait entendre quelques mots, mais son corps conserve la même immobilité, et ses yeux constamment ouverts sont toujours dirigés en haut.

Le 6, le 7, même état, altération marquée des traits de la face, qui l'étaient déjà légèrement à son entrée à l'infirmerie. Constipation opiniâtre malgré les lavemens qu'on lui administre. L'épigastre est douloureux.

Le 8, *la malade répondait toujours affirmativement lorsqu'on demandait si la tête lui faisait mal*; je l'engageai à me montrer avec la main l'endroit douloureux, ce ne fut qu'après lui avoir répété trois ou quatre fois avec force la même phrase, que tout en conservant la même position et sans autre réponse, elle tira lentement du lit son bras *droit*, porta sa main sur le sommet de sa tête, la ramena sur le front et la laissa retomber. Ce fut vainement que j'essáyai d'obtenir de nouvelles réponses. L'or-

gane de l'intelligence semblait être retombé dans l'état d'inertie duquel il était momentanément sorti.

Le 10, dents fuligineuses, rapprochées, lèvres noirâtres, toujours écartées, langue rouge et sèche. Pouls fréquent, offrant quelques intermittences. Constipation opiniâtre.

Les 11, 12, *face gripée;* morte le 15 août 1819.

Ouverture du corps vingt-quatre heures après la mort.

Ext. Maigreur du corps.

Tête. Crâne assez fragile sous le marteau. Gouttelettes de sang à la surface de la dure-mère, résultat de la déchirure de quelques vaisseaux en enlevant l'enveloppe osseuse.

On peut arracher facilement la membrane arachnoïde de tous les points du cerveau, excepté à la partie interne, moyenne et supérieure du lobe *droit,* sans enlever en même temps des portions du cerveau. Cet endroit du cerveau est le siége d'une altération d'autant plus intéressante, qu'elle avait été diagnostiquée par M. Rostan. La couche corticale était confondue avec la substance médullaire, et l'une et l'autre dans un état de ramollissement tel qu'elles se présentaient sous l'aspect d'une bouillie grisâtre. Les circonvolutions, dans tout autre point du cerveau, très marquées, ici étaient effacées dans une étendue de trois pouces et demi à quatre pouces de circonférence. Cette altération n'était pas exactement circonscrite, elle s'étendait plus en avant qu'en arrière, et occupait

presque toute la partie du cerveau qui sert de plancher au ventricule latéral. Celui-ci, ainsi que l'autre du côté opposé, renfermait un peu de sérosité. Le corps strié du côté droit offrait une couleur rosée que ne présentait pas du tout celui du côté opposé; du reste, il n'y avait aucune différence sensible dans leur consistance. La couche optique du côté droit était aussi le siége d'un ramollissement, mais il était peu marqué. On ne pouvait pas regarder le ramollissement de l'hémisphère droit du cerveau comme le résultat d'un ancien épanchement. 1° Il n'était pas circonscrit et ne présentait pas cette couleur particulière jaunâtre qui décèle un ancien épanchement; 2° il n'était pas renfermé dans une membrane, second caractère distinctif du genre d'altération qui fait ici le sujet de cette observation.

La totalité du lobe gauche du cerveau était dans un état parfaitement sain. Il en était de même du cervelet. La queue de la moelle alongée offrait une dépression bien sensible d'avant en arrière; on en a trouvé la cause dans la saillie que formait, dans le trou basilaire, l'apophyse odontoïde.

Poitrine. Traces d'une ancienne pleurésie du côté droit; deux foyers purulens communiquant ensemble, et renfermés dans la partie la plus élevée du lobe supérieur de ce côté. Le poumon gauche sain.

Cœur. Volume ordinaire. Epaississement des parois de la cavité ventriculaire gauche, et, par cela même, rétrécissement de cette même cavité. Quelques ossifications à la naissance de l'aorte.

Abdomen. Membranes muqueuses de l'estomac très injectées.

Tous les autres organes étaient parfaitement sains.

IIe OBSERVATION (1).

Leroy (Geneviève), âgée de 75 ans, habite la Salpêtrière depuis plusieurs années; *la perte de la vue* la força d'y réclamer un asile. Au rapport de ceux qui l'ont connue, sa santé était d'ordinaire assez heureuse. Dans les premiers jours de juillet 1820, elle commence à se plaindre de *pesanteur dans la tête; elle y éprouvait quelque chose qu'elle ne pouvait exprimer:* elle manifeste à ses proches la crainte de mourir d'apoplexie. (On ne peut obtenir rien de plus positif, la malade n'étant pas à même de répondre aux questions qu'on lui adresse.)

Le 21 juillet 1820, elle est conduite à l'infirmerie, *éprouvant un mal de tête violent,* sans préciser aucun endroit comme siége spécial des douleurs; les yeux sont clos (la malade étant aveugle, on ne peut consulter l'état des pupilles), les traits de la face sont altérés, la bouche est béante; la malade est dans le coma; tout mouvement du côté gauche est impossible; elle éprouve le sentiment d'un poids considérable dans le membre supérieur du même côté; la respiration est bruyante; Leroy a la conscience des interrogations qu'on lui adresse sur son état,

(1) Observation recueillie par M. Calmeil, élève externe en médecine à la Salpêtrière.

mais elle ne répond nullement. (*Quinze sangsues au cou, lavemens purgatifs, bains de pieds sinapisés.*)

Le 22 juillet, même état; *la malade porte le bras sain, tantôt au côté droit de la tête*, tantôt vers la région précordiale, où les battemens artériels sont d'une force remarquable; oppression; pouls fréquent, élevé. (*Saignée générale, vésicatoire à la nuque.*)

Le 24, décubitus sur le dos, état comateux profond; bouche béante sans qu'on y observe de déviation, traits de la face étirés, insensibilité absolue du côté gauche; occupation digne de remarque; efforts répétés comme pour saisir quelque objet sur sa couverture; la main est portée en tous sens dans la même vue. La malade entend ce qu'on lui dit; elle montre sa langue dès qu'on le lui demande; elle indique de sa main le côté droit de la tête comme siége de ses souffrances; elle semble vouloir encore assigner comme lieu douloureux la région épigastrique, qu'elle touche continuellement. La peau est presque froide; les battemens du cœur sont ordinaires, la respiration haletante, précipitée; la langue est contractée, rouge, épaisse, crevassée, sèche; la pression abdominale n'annonce aucune sensation douloureuse; urines d'abord retenues, puis coulant presque sans discontinuer. (*Sinapismes aux pieds.*)

Le 25, les accidens sont aggravés, insensibilité générale.

Le 26, prostration, *face hippocratique*, peau brû-

lante; pouls fort, très fréquent; respiration plaintive, précipitée; morte pendant la nuit.

Ouverture du corps.

L'organe de la respiration se trouve parfaitement sain; le cœur flasque, remarquable par la largeur de ses cavités, surtout des cavités droites; les valvules aortiques laissent sentir quelques points d'ossification; l'estomac contient, en quantité notable, un fluide jaune, dont l'aspect est celui de la bile; on aperçoit sur quelques parties de sa muqueuse, des plaques rares, de couleur brune. L'intestin grêle présente çà et là des rétrécissemens, son calibre est beaucoup diminué dans plusieurs points; il est rempli d'une mucosité jaune foncé, visqueuse, qu'on retrouve encore dans le cœcum. La boîte osseuse du crâne ouverte, les méninges n'offrent rien à remarquer. Le pourtour de l'organe encéphalique présente une espèce de boursouflure, due probablement à la chaleur de l'atmosphère. Toute la partie gauche du cerveau, coupée soigneusement par tranches jusqu'au ventricule moyen, est saine : il n'en est pas ainsi de celle du côté droit; à peine l'instrument a pénétré de quelques lignes la substance grise des circonvolutions du lobe postérieur de ce côté, qu'on peut apercevoir l'excessif ramollissement qui y règne; on dirait une pulpe sans consistance qui ne se soutient plus, et fuit sous la moindre pression du scalpel. La substance blanche partage cette altération, qui

ne dépasse pas en profondeur le niveau du ventricule moyen. La partie postérieure du lobe antérieur du même hémisphère est visiblement ramollie : ce n'est qu'à son centre que la matière cérébrale reprend son aspect accoutumé. Le cervelet n'offre aucune altération. Les nerfs optiques sont aplatis, diminués de calibre, atrophiés, d'un aspect rougeâtre, comparables à un petit tube artériel, n'ayant rien de semblable au cordon blanchâtre qu'ils représentent ordinairement.

IIIe OBSERVATION (1).

Marie-Thérèse Niquain, veuve Bigre, âgée de 73 ans, entra le 25 septembre 1819 à l'infirmerie : depuis quatre ou cinq jours, elle se plaignait d'*étourdissemens et d'un commencement de paralysie,* ce qui ne l'empêcha pas de s'y rendre à pied. Mais bientôt les membres du côté gauche se paralysèrent, et la malade était *graduellement* arrivée, le 28 janvier 1820, à l'état que je vais décrire.

Décubitus en supination; paralysie complète du côté gauche; traits de la face tirés à droite; pointe de la langue inclinée à gauche. La vüe conserve son intégrité ; les pupilles se contractent fort peu; la pupille gauche est plus dilatée que la droite. L'ouïe

---

(1) Communiquée par M. Ferrus, médecin de la Salpêtrière; recueillie par M. Leblond, élève interne de première classe.

est saine; la sensibilité du côté paralysé est un peu diminuée, mais non tout-à-fait éteinte. La malade se plaint de fourmillemens, de douleurs dans les membres paralysés; elle n'éprouve et n'a jamais éprouvé, dit-elle, aucun mal de tête. Les fonctions intellectuelles paraissent intactes. La malade répond juste aux questions qu'on lui adresse.

Toutes les autres fonctions s'exécutent librement et comme dans l'état de santé; seulement la vessie et le rectum paralysés, laissent échapper les excrémens, sans que la malade en ait la conscience.

Peu de jours après, il se manifesta une escharre sur les tégumens du sacrum, qui fit des progrès rapides.

Enfin, le 8 février, commencement de l'agonie: pouls presque imperceptible, tumultueux; respiration très fréquente, carphologie, soubresauts des tendons, délire, etc.

Morte le 10 février, à deux heures du soir.

Autopsie le 13 *février* 1820.

En détachant les tégumens du crâne, nous trouvâmes, vis-à-vis l'angle supérieur de l'occipital, et un peu plus bas, une masse de tissu cellulaire jaunâtre, dense, serré, criant sous le scalpel.

Adhérence intime des enveloppes membraneuses du cerveau à la voûte du crâne, surtout sur le trajet des sutures, et vis-à-vis l'angle supérieur de l'occipital.

Les membranes du cerveau incisées, on vit s'é-

couler de dessous la base du crâne une certaine quantité de sérosité limpide non purulente; mais ce qui nous frappa le plus alors, quoique confirmant le diagnostic de la maladie, ce fut l'affaissement subit du lobe postérieur de l'hémisphère gauche du cerveau. Tout ce lobe, qui comprenait aussi la cavité ancyroïde du ventricule latéral gauche, était converti en une sorte de pulpe ou de bouillie, dans laquelle il était impossible de reconnaître rien d'organisé; le ventricule gauche était sain, ainsi que le droit; mais dans l'épaisseur de l'hémisphère cérébral droit, on remarqua plusieurs traces d'anciens épanchemens, bien distinctes par la formation de la membrane jaune, adhérente à elle-même. On reconnut parmi ces altérations, et toujours du même côté, un léger ramollissement à la partie moyenne de la substance médullaire, lequel s'étendait jusqu'à la paroi supérieure du ventricule.

On trouva aussi dans la partie supérieure de la protubérance annulaire, une ancienne trace d'épanchement.

Les autres cavités ne furent pas ouvertes.

IVe OBSERVATION (1).

Marie-Marthe-Marguerite Souchard, âgée de 73 ans, mariée et ayant des enfans, d'un tempérament sanguin, assez bien conformée, est entrée à l'infirmerie

(1) Recueillie par M. Delaye, interne de première classe.

le 19 janvier 1820, privée de sentiment, et presque sans mouvement. D'après le rapport des personnes qui l'ont conduite à l'infirmerie, il paraît qu'elle fut atteinte, il y a dix-huit mois à peu près, d'une attaque d'apoplexie; que cette apoplexie donna lieu à une hémiplégie complète du côté gauche; que d'abord elle ne pouvait se servir en aucune façon des membres de ce côté, mais que par la suite elle put marcher avec des béquilles, puis avec une canne seulement, puis enfin sans canne, mais d'un pas mal assuré; d'ailleurs elle voyait à peine.

Le 17 ou le 18 de ce mois, elle a eu une perte subite de connaissance, suivie de l'impossibilité de se mouvoir. Conduite à l'infirmerie, elle est dans l'état suivant : elle paraît étrangère à tout ce qui se passe autour d'elle; *cependant si on lui demande où est son mal, elle s'efforce de porter sa main à la tête*, elle essaie aussi de montrer sa langue si on demande à la voir. Le décubitus a lieu sur le dos; la jambe et le bras gauches *sont dans une immobilité parfaite; si on les pince, la malade donne des signes de douleur*. La tête est portée en arrière, la face est animée, les yeux sont larmoyans, à demi clos; les lèvres tantôt ouvertes, tantôt fermées; elles ne sont point écumeuses; la langue est couverte d'un enduit épais, d'un gris noirâtre, surtout à sa base; elle est sèche et crevassée, la bouche est visqueuse; la malade demande sans cesse à boire, la déglutition est très difficile, presque impossible, et accompagnée de toux et de suffocation occasionnées par l'entrée du

liquide dans la trachée-artère. Le ventre paraît très *douloureux*, car la moindre pression y détermine de vives *douleurs*; il est tendu et dur; il n'y a pas de selles, mais les urines sont assez abondantes. La respiration est bruyante; elle se fait quelquefois avec gonflement des joues et soulèvement de toute la poitrine : la malade ne tousse que lorsqu'elle boit. Le pouls est fréquent et fort, la peau chaude et quelquefois couverte de sueur.

(Prescription. *Boisson délayante, vésicatoire à la nuque. Deux lavemens purgatifs donnés dans l'espace de quelques jours, ont un peu soulagé la malade.*) Les symptômes ont paru s'améliorer, mais bientôt ils ont repris une nouvelle vigueur; et la mort est arrivée le 28.

Ouverture du cadavre.

Etat général. Rien de particulier.

Tête. Le côté droit du cerveau offre un ramollissement remarquable occupant le lobule postérieur et une partie du moyen, depuis un demi-pouce à peu près de la grande scissure jusqu'à la circonférence, et depuis le haut du cerveau jusque près de sa base. Dans le lobule antérieur, au point d'union avec le moyen, et à peu près à son centre, se trouvent les traces d'un ancien épanchement de la largeur d'une pièce de trois livres. Il y existe une membrane; les ventricules latéraux contiennent un peu de sérosité, le lobe gauche n'offre rien. Le cervelet

est aussi un peu moins consistant à droite qu'à gauche; le pédoncule du cervelet offre au côté gauche, près de son insertion au pont de varole, des traces d'un épanchement ancien.

Poitrine. Les poumons sont crépitans et sains, le cœur est adhérent au péricarde, à sa pointe; il est volumineux; l'épaisseur de ses parois et la capacité de ses cavités paraissent être dans un juste rapport.

Abdomen. L'épiploon gastro-colique et le mésentère contiennent une grande quantité de graisse d'un blanc-grisâtre. L'estomac est contracté, il est vide et *n'offre aucune trace d'inflammation. Les intestins, examinés dans toute leur longueur, n'en offrent pas non plus;* l'appareil urinaire est en bon état, ainsi que celui de la génération; seulement les ovaires sont tout-à-fait atrophiés.

Ve OBSERVATION (1).

La nommée Godet est arrivée jusqu'à l'âge de 80 ans sans avoir éprouvé aucune maladie grave. Elle a été réglée à 18 ans, mariée à 21, et est devenue mère de quatre enfans. Les règles se sont ensuite supprimées peu à peu, et à 44 ans, âge du retour, elle jouissait d'une parfaite santé.

Entrée à la Salpêtrière comme indigente, elle ne s'est plainte, dans les dernières années, que de cette incommodité que nos vieilles femmes éprouvent si communément pendant les temps froids (asthme.)

(1) Par M. Bardin, élève interne de première classe.

Elle n'est pas sujette aux maux de tête, et, tout âgée qu'elle est, elle a conservé le libre exercice de ses mouvemens; cependant depuis quelques mois *elle se sert préférablement du bras gauche au bras droit, ce qu'elle ne faisait point avant.*

Dans la matinée du 29 juin, après avoir bien passé la nuit, elle tomba dans la ruelle de son lit pendant qu'elle s'habillait. On la transporte à l'infirmerie, présentant les symptômes suivans : trouble dans les fonctions intellectuelles, pas assez marqué cependant pour qu'elle ne puisse répondre à quelques-unes des questions qu'on lui adresse. Elle se rappelle très bien la circonstance de sa chute, qui a été l'effet d'un étourdissement assez violent, auquel elle n'était pas du tout sujette. *Il faut l'interroger fortement pour qu'elle réponde; ce n'est qu'ainsi qu'on parvient à fixer son attention*, encore n'achève-t-elle pas toujours ses phrases; elle ne peut rassembler que quelques idées, et si l'on veut la faire parler plus long-temps, il est facile de voir de l'incohérence dans ses réponses. Le bras droit est immobile, la figure est rouge, son pouls plein et fréquent, la peau chaude mais halitueuse. La langue, rouge, est un peu humide à sa pointe et sur ses bords, couverte d'un enduit blanchâtre à sa base. La respiration est libre, il n'existe point de toux. L'abdomen nullement douloureux ; constipation. (Prescription. *Douze sangsues au col, chic., miel, sulf. de soude ℥ β, lavement purgat., diète*).

Le premier juillet, deuxième jour de son entrée,

état un peu meilleur en apparence ; les réponses de la malade paraissent avoir plus de suite ; il est un peu moins difficile de fixer son attention. Elle paraît remuer le bras un peu moins difficilement. La figure est toujours colorée, le pouls plein et accéléré. Du reste, aucun dérangement dans les autres fonctions successivement interrogées. (*Saignée de deux palettes. Chic., miel, sulf. de soude.*)

Le 2, aucune différence sensible dans les symptômes. La malade a eu deux selles.

Le 3 juillet, changement sensible ; langue noire et sèche ; désordre très marqué dans la circulation ; pouls tantôt lent et irrégulier, tantôt accéléré et intermittent ; trouble dans les idées ; diarrhée. (*Riz, sirop de gomme.*)

Le 4, altération des traits de la face ; même incohérence dans les idées ; même fréquence, mêmes irrégularités dans les battemens du pouls ; abdomen douloureux à la pression exercée un peu fortement ; diarrhée.

Le 5, augmentation des symptômes, et mort le 6 juillet, septième jour de son entrée à l'infirmerie.

Ouverture du corps.

Extérieur. Maigreur.

Crâne. Epaisseur et consistance ordinaires des os ; gouttelettes de sang à la surface de la dure-mère ; circonvolutions du cerveau très marquées ; peu de sérosité dans les ventricules latéraux ; *ramollisse-*

ment des deux corps striés; la partie antérieure de celui du côté gauche, présente dans le siége du ramollissement, des aréoles jaunâtres; la couche médullaire qui est en rapport avec cette partie du cerveau, et qui concourt à former la paroi supérieure des ventricules, est elle-même ramollie d'une manière assez remarquable; de l'autre côté existent quelques traces de ramollissement, mais beaucoup moins sensibles; le reste du cerveau offre une consistance assez ferme.

Le cervelet est assez dur; le lobe gauche présente dans son intérieur, au centre même du tronc de l'arbre de vie, un point rouge-noirâtre, de la grosseur d'un pois rond, et renfermé dans une membrane distincte.

Poitrine. Le poumon gauche présente dans son lobe supérieur les traces manifestes d'une péripneumonie chronique; du côté droit il n'y a que quelques adhérences entre les plèvres. Le cœur est très gros; le ventricule gauche beaucoup plus large que le droit; les parois de celui-ci sont beaucoup plus épaisses que dans l'état naturel. Quelques plaques osseuses à l'orifice aortique et à la crosse de ce vaisseau.

Abdomen. Aucune trace d'inflammation dans les organes qu'il renferme; la membrane muqueuse de l'estomac paraît un peu rouge, mais cette rougeur est bien différente de celle qui caractérise une gastrite.

VI[e] OBSERVATION (1).

Marie-Jeanne l'Etoffée, blanchisseuse, âgée de 67 ans, d'une constitution vigoureuse et d'un tempérament sanguin, entrée à l'infirmerie le 30 décembre 1819, avec une suspension complète de l'action des sens et de la locomotion, a déjà eu, à l'âge de 36 ans, une perte de connaissance accompagnée d'une paralysie générale des membres, qui a duré environ vingt heures.

Depuis ce moment, la malade ressentait par intervalles de vives douleurs dans le bras droit, qui se tuméfiait et perdait en même temps l'usage de tous ses mouvemens. Elle éprouvait aussi de fréquens étouffemens, qu'elle attribuait à une goutte remontée. Son remède privilégié était un pédiluve sinapisé, puis une cuillerée d'élixir qu'elle buvait sur-le-champ.

Le 30 décembre au soir, ayant eu une *rixe* avec une de ses compagnes, elle se coucha en se plaignant de *mal de tête*. Le lendemain, environ sur les quatre heures du matin, sa fille de service la trouva dans son lit, dans l'état comateux le plus parfait.

A la visite du 31 décembre, voici les phénomènes qu'elle présentait :

Face très injectée, peau chaude, bouche fermée, rapprochement et immobilité des mâchoires, décu-

(1) Recueillie par M. Garnier, élève en médecine.

bitus sur le dos. Les pupilles jouissent toujours de leur contractilité ordinaire.

La malade a entièrement perdu l'usage de la parole, cependant elle fait beaucoup d'efforts pour parler; le bras droit et la jambe du même côté sont complètement paralysés et privés de toute sensibilité.

La respiration est bruyante et difficile, il n'y a point de toux, les crachats sont nuls. La déglutition est impossible. (Traitement. *Tis. de chicor. miel.*; *lavem. irritant avec mur. de soude*, ℥ j; *deux sinapismes aux jambes.*)

Le 1er janvier 1820, la malade n'offre rien de remarquable; on remplace les sinapismes par deux vésicatoires.

Le 3, constipation. Un lavement purgatif.

Le 4, escharre commençante au sacrum, la constipation persiste.

Le 5 et les jours suivans, les traits se décomposent de plus en plus; la malade suit des yeux les personnes qui viennent la visiter, et paraît les reconnaître.

Le 11 et le 12, l'escharre augmente d'étendue: sommeil profond, depuis les neuf heures du matin jusqu'à trois heures du soir.

Le 13, même état; il s'est manifesté un érysipèle très intense aux environs du vésicatoire de la jambe gauche; le médecin ordonne de le supprimer.

Le 14, l'expression de la face est douloureuse, les traits en sont effilés, les ailes du nez se rapprochent, les yeux ternes et larmoyans paraissent vouloir se cacher sous les paupières, la respiration est courte et

plaintive, une sueur visqueuse mouille le visage; enfin l'état de la malade fait présager une mort certaine.

Elle expire le même jour à quatre heures du soir.

Ouverture du corps.

La dure-mère présente à sa partie antérieure et un peu latérale, dans l'endroit correspondant au lobe antérieur gauche du cerveau, entre sa face interne et la face externe du feuillet de l'arachnoïde qui la revêt, un point d'ossification, d'un quart de ligne environ d'épaisseur, de deux à trois travers de doigt d'étendue.

Tous les vaisseaux sont gorgés de sang; la substance cérébrale est gelée et très dure (1): elle ne présente au premier aspect aucune altération organique sensible; mais après avoir enlevé plusieurs couches de l'hémisphère gauche, on observe un ramollissement occupant le lobe moyen et une partie des lobes antérieur et postérieur. La partie malade, d'une couleur jaune-verdâtre, est séparée de la partie saine par une ligne de démarcation bien tranchée, d'un blanc grisâtre. Au milieu de ce ramollissement il paraît exister un ancien épanchement sanguin. Le corps strié est de même ramolli, et offre de légères traces d'une ancienne apoplexie. Le cervelet injecté est dans l'état naturel.

Tous les autres organes contenus dans les cavités splanchniques sont sains.

---

(1) Il fait une température de 10 degrés — 0.

VIIe OBSERVATION.

La nommée Marie-Thérèse Caudrillier, veuve Chenêt, presque octogénaire, d'une constitution robuste, ayant la poitrine large, la tête volumineuse, le col court, avait été frappée en 1816 d'une forte attaque d'apoplexie. Dans le cours de l'année, elle avait éprouvé quelques ressentimens de cette affection, ressentimens qui, au rapport des témoins, ressemblaient assez à un état d'ivresse. Cette femme faisait usage de béquilles, à cause d'ulcères variqueux des jambes. Le 22 septembre 1817, ayant éprouvé de la céphalalgie et de l'inappétence, elle réclama nos secours et entra à l'infirmerie. On lui prescrivit une simple boisson délayante et la diète. Dans la nuit du 22 au 23, la malade éprouva du délire et se leva. Le 23 au matin, la face était un peu étonnée, mais la malade jouissait de l'intégrité de tous ses sens et de sa raison; la céphalalgie persistait ainsi que l'inappétence; il y avait constipation, le pouls était fébrile sans avoir un grand développement, la respiration et les autres fonctions étaient à peu près dans l'état naturel. On continua les délayans, auxquels on ajouta un lavement émollient. Sur les dix heures du matin, la fille de service s'étant approchée pour lui donner à boire, la trouva dans une perte complète de connaissance, sans mouvement ni sentiment. L'élève de garde étant appelé, frappé de la rapidité des accidens, ne douta pas de l'existence de

l'apoplexie; cependant, eu égard au grand âge de la malade, il se borna à prescrire les dérivatifs.

Le 23 au soir, nous vîmes la malade dans l'état le plus complet d'insensibilité; la face était livide, et couverte d'une sueur froide et visqueuse, les traits étaient décomposés; la respiration était stertoreuse, le pouls déprimé, la déglutition impossible. (Nous nous bornâmes à ajouter des vésicatoires à la prescription de l'élève.) La malade passa la nuit dans cet état, et expira le lendemain à dix heures. Aucune des personnes qui avaient vu la malade ne douta un seul instant qu'elle ne fût morte d'une attaque d'apoplexie foudroyante, et qui ne s'attendît à trouver un épanchement sanguin considérable. Instruit que j'étais, par mon observation antérieure, que toutes les prétendues apoplexies sont loin d'offrir ce résultat, malgré l'analogie de leurs symptômes, je fis la remarque aux élèves, et j'insistai sur ce que je ne pensais pas que ce cas fût une véritable apoplexie. Je me serais cependant rendu à l'avis de tous les assistans, sans un seul symptôme qui me fit y résister avec opiniâtreté; je veux parler du délire que la malade avait éprouvé la nuit qui précéda son attaque : cette seule circonstance me fit croire que cette apoplexie pouvait bien n'être qu'une phlegmasie aiguë du cerveau ou de ses membranes, ainsi que j'en avais récemment rencontré plusieurs exemples. L'ouverture du cadavre confirma mon opinion. Au grand étonnement des spectateurs, nous trouvâmes, en effet, indépendamment des traces d'inflammation qu'offrait

l'arachnoïde, une fonte pultacée de toute la partie moyenne de l'hémisphère droit. La substance corticale était rouge, et nous rencontrâmes entre la couche optique et les corps striés, une cavité revêtue d'une espèce de membrane jaunâtre, telle qu'elle est décrite dans la Thèse de M. Riobé, et contenant environ une aveline de sang caillé, d'un gris violet, résultat d'un très ancien épanchement. Nul doute que l'encéphalite n'ait été la cause de la mort et peut-être l'épanchement ancien la cause de l'encéphalite et des autres accidens auxquels la malade était sujette. Cette observation démontre bien clairement de quelle importance est l'observation des symptômes, et combien il faut fixer son attention sur toutes les circonstances qui précèdent ou accompagnent les maladies.

VIIIe OBSERVATION (1).

Marie-Marguerite Vavasseur, veuve Béguinot, âgée de 65 ans, d'une constitution forte, ayant éprouvé, il y a quelques années, une attaque d'apoplexie annoncée par l'hémiplégie du côté gauche, fort bien résolue depuis ce temps, entra à l'infirmerie le 14 janvier ; elle se plaignait alors d'un malaise général, de pesanteur dans la tête, de langueur des fonctions digestives, sans que d'ailleurs aucun symptôme plus précis pût faire reconnaître la cause de ces changemens. L'état du pouls et de la peau n'in-

---

(1) Recueillie par M. Foville, interne de première classe.

diquant pas une affection très aiguë, on se contenta de la diète et des délayans. Quelques jours après, la physionomie de cette malade prit une expression particulière qui fit soupçonner une affection aiguë du cerveau. La tête était droite, les yeux fixes, très ouverts, tous les traits immobiles, la face livide. Il survint aussi, presque en même temps, de l'engourdissement, un sentiment de formication dans les membres du côté gauche.

Cependant, l'état général de la malade, le peu de chaleur de la peau, l'état presque naturel du pouls, n'indiquant aucune maladie évidemment aiguë, on s'en tint encore à la diète et aux délayans.

Dans la nuit du 25 un délire assez violent eut lieu; le lendemain matin, l'intelligence n'était plus dérangée, aucune douleur n'était accusée.

Le soir, ayant interrogé la malade sur son état, elle me répondit qu'elle souffrait beaucoup moins de la tête, m'assurant qu'elle avait éprouvé de violentes douleurs dans cette partie.

Le lendemain, persistance des douleurs dans la tête, fourmillemens plus prononcés dans le côté gauche. — Paralysie complète de ce côté. — La malade indique le siége de sa douleur à la tête, en portant la main qui reste libre sur le côté droit de cette partie. — Bouche sèche, langue chargée, soif intense, état douloureux de l'abdomen, selles liquides, accélération, inégalité frappante du pouls, qui présente aussi quelques intermittences. — Respiration fréquente.

Douze sangsues sont appliquées au col : deux heures après cette application, il y a un peu de calme, ou plutôt d'abattement. La face est livide, couverte d'une sueur abondante, les yeux convulsés en dehors, la soif toujours plus vive. L'émission des urines est difficile. — *Des mouvemens convulsifs très forts ont lieu dans le côté non paralysé.* La face est tout-à-fait décomposée ; la bouche contournée à droite, les paupières du côté gauche rapprochées, celles du côté droit très écartées.

Le lendemain persistance de ces symptômes, *convulsions encore plus fortes du côté droit.* Mort.

Examen du cadavre.

Injection sanguine très forte de la dure-mère, infiltration générale entre la pie-mère et l'arachnoïde, qui ne présentent aucune trace de phlegmasie. Ramollissement de la partie postérieure de l'hémisphère droit s'étendant de la surface de cet hémisphère à la profondeur de six à huit lignes. Dans le même hémisphère, au voisinage du corps strié, on trouve un kyste, résultat probable d'un ancien épanchement sanguin.

L'hémisphère gauche offre une rougeur, une consistance qui caractérisent de la manière la plus positive une phlegmasie, et qui rendent fort bien raison des convulsions observées du côté droit du corps : mais il est à remarquer que les marques de l'inflammation ne s'étendent pas également à toutes les parties de

cet hémisphère; le centre, la substance blanche en est le siége exclusif, tandis que la corticale en est tout-à-fait exempte.

IXe OBSERVATION (1).

Marie Clée, veuve Maquin, âgée de 77 ans, entrée à la Salpêtrière le 8 juin 1819; à l'infirmerie, le 2 janvier 1821.

Cette malade est fortement constituée; elle a les cavités larges, les membres robustes; depuis longtemps elle se plaignait de maux de tête, pour lesquels elle fut obligée de se faire saigner les années précédentes. Le 2 janvier 1821, cette malade perdit subitement connaissance, et fut transportée à l'infirmerie.

L'état général de souffrance de cette malade, la coloration de la face, le développement du pouls, décidèrent M. Rostan à faire pratiquer une saignée de trois palettes.

4 janvier. Lorsque cette malade entra à l'infirmerie, elle pouvait encore remuer le bras gauche; aujourd'hui la paralysie de ce membre est complète. Les deux jambes sont mobiles. La sensibilité du membre paralysé ne paraît pas diminuée. (Ce fut le 3 janvier vers les deux heures après midi que la malade perdit subitement la faculté de mouvoir le bras gauche, et

---

(1) Recueillie par M. Leblond.

elle en avertit sa voisine, en lui disant que *son bras se mourait.*) Les pupilles sont modérément dilatées et peu contractiles. Les pommettes sont rouges; le pourtour des lèvres et des ailes du nez est jaunâtre. Lorsqu'on demande à la malade où elle souffre, elle porte d'abord la main à la poitrine, et ensuite à la partie antérieure gauche de la tête. — La langue est sèche et noirâtre au milieu, blanchâtre sur ses bords. La soif est modérée; le ventre souple et un peu douloureux à la région épigastrique. La malade laisse aller involontairement ses excrémens.

La respiration est assez naturelle; pourtant elle est fréquemment interrompue par des quintes de toux. Le pouls est fréquent, régulier, peu développé, assez dur. Les battemens du cœur sont assez étendus, secs, réguliers.

Les fonctions intellectuelles sont dans un état d'affaissement beaucoup plus prononcé qu'hier; cependant la malade, après une longue réflexion, répond juste aux questions qu'on lui adresse, et persiste opiniâtrément à affirmer ce qu'elle avance. La vue est bonne, l'ouïe saine, quoiqu'un peu dure. La malade pousse de fréquens soupirs; elle promène sur son drap la main restée libre.

5 janvier. Même état général; face hébêtée, *étourdie*, assez colorée. Développement du pouls. — 10 sangsues au cou.

7 janvier. La maladie fait des progrès. Décubitus sur le dos, prostration extrême des forces. Face décomposée, traits contractés, exprimant la douleur; le râle

commence à se manifester. La malade est plongée dans une espèce d'état comateux. Elle se réveille lorsqu'on lui adresse quelque question, et parfois y répond juste, mais avec lenteur. Elle agite sur sa couverture le bras qui lui reste libre. Le pouls conserve à gauche une force remarquable, et qui est loin d'être en rapport avec l'état général.

8 janvier. Prostration extrême, respiration bruyante, peau froide. Le pouls conserve le même rhythme. La malade s'efforce d'articuler quelques paroles.

Morte le 9 janvier 1821 ; autopsie le 11 *idem.*

La tête seule a été examinée. Le cerveau est très petit. Les veines qui rampent au-dessous de l'arachnoïde cérébrale sont très injectées, surtout à la partie moyenne et supérieure de l'hémisphère droit ; en cet endroit cette membrane est adhérente au cerveau, dont elle enlève la substance corticale, ramollie dans l'étendue d'un petit écu environ. Le ramollissement s'étend très peu dans la substance blanche ; mais cette substance est assez profondément altérée dans sa couleur, surtout dans les environs du ramollissement ; elle est plus rouge que de coutume. Les arêtes produites par le bistouri sont moins vives de ce côté que de l'autre.

Xe OBSERVATION (1).

Ramollissement du cerveau, ayant son siege dans la couche optique du côté droit.

Agnès Lambert, veuve Butin, âgée de 82 ans, douée d'un tempérament sanguin, maigre, mais d'une bonne constitution, et assez bien conservée pour son âge avancé, a toujours joui d'une parfaite santé jusqu'à 78 ans, époque à laquelle elle fut affectée d'apoplexie, qui la rendit hémiplégique du côté gauche. Cette affection ne dura pas plus d'un mois, et la malade recouvra le libre usage de ses membres et toute sa santé. Depuis cette maladie, elle est sujette à des vertiges, et elle éprouve tous les ans une congestion cérébrale avec perte de connaissance. Elle a d'ailleurs tous les symptômes d'une affection organique du cœur, tels que des palpitations, des étouffemens, quand le temps est très froid plusieurs jours de suite, ou qu'elle se livre au moindre exercice. Aucune de ces affections n'a encore été suivie d'accidens fâcheux. On remarque pourtant que son intelligence faiblit, et qu'elle n'est plus la même dans la conversation. Cependant elle est habituellement gaie et ne se plaint jamais. Le 24 de ce mois elle a commencé à accuser *des engourdissemens et des douleurs dans la jambe gau-*

---

(1) Par M. Droullin.

che, douleurs assez fortes pour ne pas lui permettre de marcher. Voilà l'état dans lequel elle se trouvait hier, lorsqu'à huit heures du matin, elle est tombée tout à coup sans connaissance, et ne l'a recouvrée qu'environ un quart d'heure après; mais la jambe et le bras gauche sont restés *contractés* et *paralysés*. Transportée à l'infirmerie, voici ce que nous remarquons :

La malade est couchée en supination, la tête penchée du côté droit, la face est pâle, les traits sont altérés, la bouche est un peu déviée à droite. Les pupilles sont contractiles et également dilatées, l'œil droit est affecté de cataracte; il y a hémiplégie à gauche; la contracture a quitté ce côté, et s'est portée dans le bras droit. Quand on demande à la malade où elle souffre, elle répond qu'elle ne souffre pas; cependant la langue est rouge, la bouche sèche, pâteuse; il y a soif, et la pression sur l'épigastre cause de la douleur. Les selles sont libres, et les urines coulent involontairement. La respiration est naturelle, le pouls fort et développé. (Prescription : 15 *sangsues au cou, sinapismes aux pieds, chicorée édulcorée avec le miel, lavement laxatif.*)

3o. La malade est très abattue; elle ne répond presque pas aux questions qu'on lui fait; elle est plongée dans une somnolence continue; les joues sont creuses, la bouche toujours un peu déviée à droite, les yeux sont fermés, les membres paralysés de nouveau contractés, ainsi que le bras droit. La bouche est remplie de mucosités, la langue rouge,

la pression sur l'épigastre douloureuse, les évacuations faciles, la respiration naturelle, le pouls fort, mais sans fréquence. (Prescription : *appliquer* 15 *sangsues au cou, chicorée édulcorée avec le miel, lavement laxatif.*)

31. Les piqûres des sangsues ont beaucoup saigné. Les traits sont un peu moins abattus, les yeux s'ouvrent mieux; mais la parole ne revient pas, l'hémiplégie persiste, la contracture n'est plus si prononcée, la tête est toujours portée à droite, la bouche remplie de mucosités visqueuses, la langue rouge, le ventre libre et un peu douloureux, le pouls conserve de la dureté. (Prescription : *chicorée édulcorée avec le miel.*)

1er août. Butin paraît très accablée; il n'existe plus de contracture, les traits sont altérés et les pupilles peu dilatées; elle entend encore ce qu'on lui dit, mais ne répond qu'avec la plus grande difficulté; la langue est rouge, sèche; le ventre libre et douloureux, la peau du sacrum est enflammée et sur le point de s'ulcérer. La respiration se fait bien, le pouls est petit et irrégulier. (*Même prescription.*)

2. La malade ne répond plus; elle exhale une odeur de souris très prononcée; la bouche est entr'ouverte, les pupilles contractiles, la langue toujours rouge et sèche, le ventre douloureux, les évacuations faciles; la respiration est celle d'une personne qui sommeille, le pouls est un peu dur et fréquent. (Prescription : *vésicatoire au cou, même boisson.*)

3. Le vésicatoire a bien pris, la parole est un peu

revenue; mais l'abattement général n'est pas moins prononcé, et les membres paralysés ne recouvrent aucun mouvement. Le pouls est petit, irrégulier, intermittent, la langue rouge et le ventre sensible. Cependant la malade répond encore qu'elle ne souffre pas. (Prescription : *entretenir le vésicatoire, même boisson.*)

4. Le mal continue à faire des progrès. Butin ne parle presque plus; l'altération des traits augmente, et la face devient cadavéreuse; le pouls est petit et fréquent, mais il n'offre plus d'irrégularités; la langue est brune, sèche; la sensibilité est presque éteinte; les évacuations continuent à se bien faire. (*Même prescription.*)

5. Même état; mais il s'est formé, de plus, une escharre au sacrum.

6 et 7. La faiblesse augmente; la malade ne parle plus, et entend à peine ce qu'on lui dit.

8. La face devient cadavéreuse, l'escharre fait des progrès, le pouls est petit et fréquent, la malade est comme assoupie et ne présente au reste rien de particulier.

9. Mêmes phénomènes que les jours précédens; le pouls est filiforme, présente des irrégularités, et, de plus, des intermittences.

10. La malade peut encore entendre quelques mots; mais la respiration est râlante, difficile, la bouche béante, la tête renversée en arrière; la langue brune, sèche, le ventre encore un peu sensible a la

pression; le pouls petit, irrégulier, intermittent. (*Même boisson.*)

Cet état d'agonie a fait des progrès; les bronches se sont remplies de mucosités, et la mort est survenue le 10 à une heure d'après-midi.

L'autopsie a été faite le 12 à huit heures du matin.

Extérieur du cadavre. Le bras droit était fortement contracté, le gauche ne l'était pas du tout.

Crâne. La dure-mère offrait des adhérences intimes avec le crâne. Cette membrane enlevée, nous avons remarqué une certaine quantité de sérosité sous l'arachnoïde. Après avoir détaché cette dernière, le cerveau a été examiné avec soin, et on l'a généralement trouvé plus mou qu'il n'est dans l'état sain. C'était surtout le côté droit qui présentait cette mollesse. La substance corticale était un peu rose. A la partie moyenne latérale et inférieure du côté droit, nous avons trouvé la trace d'un ancien petit épanchement; mais la couche optique de ce côté était entièrement réduite en une espèce de bouillie; la substance cérébrale environnante était rose et injectée, le cervelet était beaucoup plus ferme que le cerveau. Nous avons encore trouvé dans la partie droite de celui-ci, une petite tache jaune, large comme un haricot, qui était évidemment la suite d'un petit épanchement.

Poitrine. Les plèvres et les poumons étaient très sains; le cœur était plus volumineux qu'il n'est dans l'état sain, ses parois avaient aussi plus d'épaisseur, les valvules ventriculo-aortiques étaient ossifiées, les

gros vaisseaux offraient la même altération dans une longueur de plusieurs pouces.

Abdomen. La membrane muqueuse de l'estomac et des intestins était rouge et paraissait un peu enflammée ; tous les autres organes contenus dans cette cavité étaient parfaitement sains.

XI[e] OBSERVATION (1).

Ramollissement du cerveau occupant tout le corps strié du côté gauche, et une partie du droit.

Marie-Jeanne Bonnier, veuve Bourch, âgée de 78 ans, douée d'une forte constitution, et d'un tempérament biloso-sanguin, était entrée à l'infirmerie le 21 août 1822, pour un zona qui affectait le côté gauche du tronc, zona peu intense, mais dont la malade se plaignait beaucoup. Elle n'éprouvait d'ailleurs aucun autre symptôme de maladie, et aucune des personnes qui l'entouraient ne l'avait entendue accuser ou une céphalalgie, ou des douleurs dans les membres, ou des fourmillemens, ou enfin quelque chose qui pût indiquer une affection locale du cerveau ; seulement on s'apercevait depuis quelque temps que cette femme ne marchait pas avec autant de facilité qu'à l'ordinaire, lorsque le premier septembre, à six heures du matin, après avoir pris un bouillon, elle tomba tout à coup dans un coma pro-

(1) Par M. Droullin.

fond, accompagné d'un ronflement qui se faisait entendre par toute la salle. La bouche était fermée, les lèvres faisaient saillie en avant, les joues étaient distendues, et l'air sortait avec le bruit que l'on désigne vulgairement par le nom de *fumer la pipe*. La figure offrait de plus un peu de lividité. Les yeux étaient fermés; en soulevant les paupières, on voyait le globe de l'œil rouler dans l'orbite, comme il a coutume de le faire dans une attaque d'épilepsie; les pupilles étaient également très dilatées, mais immobiles; les bras étaient *fortement tendus*, et portés en avant comme ceux d'une personne qui cherche à repousser avec force quelque chose qui fait horreur. Je cherchai à les fléchir, et je n'y parvins qu'avec difficulté. Cette roideur parut alors cesser un peu, et les membres conservèrent la position que je leur donnai. Il y avait d'ailleurs abolition complète de tous les sens. La malade qui était couchée dans le lit voisin, et qui la connaissait, m'assura qu'elle s'était levée plus de trente fois pendant la nuit, croyant avoir besoin d'uriner. Elle était dans cet état au moment de la visite : la tête était penchée à gauche, la respiration râleuse. Le stéthoscope me fit entendre encore plus clairement l'accumulation de mucosités dans les bronches. Les battemens du cœur étaient médiocrement forts et irréguliers; le pouls était développé, fréquent et irrégulier; la peau chaude et couverte d'une sueur visqueuse. (Prescription : *saignée de trois palettes, chicorée*

avec sulfate de soude ; lavement laxatif ; sinapismes aux mollets.)

2 septembre. On essaya de pratiquer une saignée, mais on ne tira pas plus d'une palette de sang. La malade était toujours dans le carus, les yeux fermés ; en soulevant les paupières, on voyait l'œil fixe ; *la pupille gauche était beaucoup plus dilatée que la droite.* Les lèvres paralysées laissaient échapper l'air avec ce bruit dont j'ai parlé plus haut. Une sueur abondante continuait de couvrir le corps. La roideur des membres était disparue ; mais il existait toujours insensibilité et perte de tous les sens. La respiration était difficile ; les bronches se remplissaient de mucosités, le râle était très prononcé, le pouls petit, dur et irrégulier. Le lavement avait procuré une selle. (Prescript. *Même boisson ; appliquer de nouveaux sinapismes.*)

3 septembre. Hier, vers neuf heures ½ du matin, il s'est manifesté du hoquet, le ronflement a augmenté, et la malade a succombé à dix heures.

Autopsie faite quarante-six heures après la mort.

Cadavre d'un embonpoint considérable, long de quatre pieds neuf pouces. On voyait sur le côté gauche de petites taches brunes, larges comme une lentille, pénétrant jusqu'au derme, qui indiquaient la trace du zona.

Crâne. Le crâne enlevé, et les membranes du cerveau détachées avec soin, les circonvolutions de ce viscère nous ont paru intactes. La substance cérébrale, coupée par tranches, n'a présenté aucune altération ;

seulement on remarquait que la substance corticale était un peu plus rose qu'elle n'est ordinairement. Arrivés aux ventricules, nous avons trouvé le gauche rempli d'une sérosité limpide. Le corps strié de ce côté était réduit en une espèce de *putrilage*, qui présentait une couleur rose, comme si une légère quantité de sang avait *été mêlée* avec la substance cérébrale. Un tiers environ du corps strié droit offrait absolument le même aspect et la même mollesse; le reste du cerveau était parfaitement sain.

Poitrine. Les poumons ne présentaient aucune altération; le cœur était hypertrophié, et un peu plus volumineux que dans l'état physiologique. On sentait des ossifications aux valvules ventriculo-aortiques.

Abdomen. L'estomac et les intestins n'offraient aucune trace d'inflammation. Le foie était granuleux, très crépitant sous le scalpel. La vésicule biliaire était transformée en une espèce de kyste à parois blanches et épaisses, contenant cinq calculs assez volumineux, et une sérosité blanchâtre. Tous les autres organes contenus dans cette cavité n'ont présenté aucune altération.

XIIe OBSERVATION (1).

Affection générale du cerveau, avec contraction des membres.

Thérèse Le Sauveur, veuve Morel, âgée de 77 ans, d'un tempérament sanguin, d'une constitution faible et détériorée, présente depuis quelques années l'état le plus déplorable. Affectée de démence sénile, hémiplégique du côté droit, et infirme au dernier degré, telle était la position de cette femme lorsqu'à ces affections vient encore de s'en joindre une autre non moins alarmante; c'est un état convulsif des membres dont la veuve Morel a été prise il y a quelques jours, et pour lequel on a été forcé de lui mettre la camisole afin de la retenir dans son lit. Les convulsions s'étant manifestées hier avec beaucoup plus de violence que de coutume, et les membres ensuite étant restés contractés, cette malade fut apportée à l'infirmerie, le 20 juin 1822, où nous l'avons trouvée dans l'état suivant :

Couchée en supination ; les membres sont contractés, la face un peu altérée, l'œil gauche est fermé, la bouche à demi ouverte, la lèvre inférieure enfoncée ; la pupille du côté droit, siége de l'ancienne paralysie, est dilatée et immobile, l'autre est contractile et médiocrement dilatée. La malade entend encore quand on lui demande à voir sa langue,

(1) Par M. Droullin.

qui, en sortant, se dévie un peu à droite; elle est d'ailleurs sèche et couverte d'un enduit blanchâtre. Le ventre est un peu douloureux à la pression, la respiration est accélérée, les battemens du cœur sont précipités, le pouls fréquent et médiocrement développé, la peau chaude et couverte de sueurs abondantes. (Prescription : *chicorée miellée avec sulfate de soude, lavement avec sulfate de soude, sinapismes aux pieds, vésicatoires aux mollets.*)

21. La malade a été hier à la selle; aujourd'hui elle répond mieux aux questions qu'on lui adresse. Les traits paraissent moins abattus; les yeux sont également ouverts; les pupilles contractiles et très dilatées; la langue est sale, rouge sur les bords; le ventre douloureux à la pression. La respiration est moins gênée; le pouls est encore petit et fréquent; la peau n'est pas très chaude; les membres sont moins contractés. (Prescription : *chicorée miellée, lavement émollient.*)

22. Les symptômes fournis par la face sont à peu près les mêmes qu'hier; mais la respiration paraît plus gênée. Les crachats sont grisâtres et visqueux; le pouls est petit, irrégulier, intermittent. La langue est toujours sèche, recouverte d'un enduit blanchâtre. Le ventre est libre et moins douloureux. (*Orge miellée, lavement émollient.*)

23. La bouche est toujours ouverte; les traits se retirent; les pommettes deviennent saillantes, les yeux caves; le nez s'alonge; la langue est sortie avec peine. Les mucosités restent accumulées dans les

bronches; les muscles inspirateurs ne sont plus assez forts pour exécuter leur fonction. Le pouls est petit, irrégulier; la peau ne conserve plus sa chaleur naturelle. (Même prescription.)

24. L'altération des traits a encore augmenté; l'expectoration ne se fait plus ou très difficilement; la respiration est laborieuse, interrompue; le pouls petit, dur et fréquent, la peau froide; la langue sale avec impossibilité de la sortir. La déglutition n'a plus lieu. Le cerveau ne perçoit plus la douleur causée par la pression sur l'abdomen. Les selles et les urines sont libres. (Même prescription.)

25. Hier soir, vers sept heures moins un quart, un tremblement de la mâchoire inférieure s'est manifesté; en même temps une assez grande quantité de mousse s'est accumulée autour de la bouche; des évacuations de matières glaireuses et sanguinolentes ont eu lieu par le bas. Ce tremblement a augmenté de plus en plus; la respiration est devenue plus difficile, et la malade a succombé à sept heures et demie.

Autopsie. Le crâne emporté, la dure-mère a été trouvée couverte de gouttelettes de sang, résultat de la rupture des vaisseaux adhérens au crâne. La dure-mère enlevée et l'arachnoïde détachée avec soin, nous avons trouvé cette dernière membrane adhérente dans plusieurs points. La superficie de la substance cérébrale a présenté, vers la partie moyenne et supérieure de chaque hémisphère, une altération bien sensible de couleur jaune, ayant une étendue d'environ un pouce, mais beaucoup plus molle que

dans les autres points du cerveau. Cette altération était un peu plus considérable du côté droit que du côté gauche. Toute la masse cérébrale était *altérée*, et offrait une teinte *marbrée*. Les ventricules étaient remplis de sérosité. A la partie postérieure du lobe gauche, nous avons trouvé un kyste, résultat d'un ancien épanchement.

Poitrine. Les poumons étaient sains, le cœur hypertrophié ; l'aorte offrait des ossifications dans une très grande étendue.

Abdomen. L'estomac était le siége d'une gastrite. Les gros intestins ne présentaient aucune trace d'inflammation ; les intestins grêles contenus dans le petit bassin offraient une rougeur qui se remarque ordinairement dans les maladies du cœur. Le foie était un peu granuleux, et l'ovaire droit le siége d'un kyste du volume d'un œuf de poule. Les autres organes étaient parfaitement sains.

XIII[e] OBSERVATION (1).

Jeanne-Catherine Gendarme, âgée de 77 ans, d'une constitution qui paraît avoir été forte, est entrée à l'infirmerie le 28 janvier 1823.

Elle a éprouvé il y a trois ans une attaque d'apoplexie, qui détermina la paralysie du côté droit du corps ; la résolution eut lieu en quelques mois,

---

(1) Recueillie par M. Foville.

mais depuis ce temps elle éprouvait, principalement aux changemens de temps, des douleurs vagues dans le côté précédemment paralysé. Ces douleurs ne duraient ordinairement que quelques jours, mais depuis les derniers froids elles sont devenues plus fortes et plus cuisantes. La malade se plaint d'engourdissemens et de fourmillemens dans le bras et la jambe droits; les mouvemens de ces parties commencent aussi à s'embarrasser; l'intelligence est libre, la sensibilité intacte; il y a douleur fixe aux parties antérieures et supérieures de la tête; les traits de la face sont altérés.

Tous ces syptômes rapprochés deviennent signes de l'existence d'un ramollissement cérébral commençant; il y a en outre amertume dans la bouche, anorexie, soif assez vive, douleur épigastrique, constipation. Les battemens du cœur sont très étendus; le pouls un peu accéléré n'a pas un développement très grand, la peau est sèche, les urines rares. La respiration n'est pas libre; cette femme a éprouvé antérieurement plusieurs accès d'asthme.

La malade fut mise à la diète et à l'usage de l'eau d'orge.

Les fourmillemens et les engourdissemens du côté droit du corps continuèrent à faire des progrès. Dix jours après l'entrée de la malade à l'infirmerie, le bras et la jambe droite étaient complètement paralysés, et cinq jours après la paralysie complète la malade expira.

A l'ouverture du crâne, on trouva de la sérosité épanchée en quantité médiocre entre l'arachnoïde et la pie-mère; et dans l'hémisphère gauche du cerveau, en dehors du corps strié et de la couche optique, on trouva un kyste dont les parois étaient rapprochées, et autour duquel la substance cérébrale était ramollie, diffluente, etc. Les poumons étaient engoués, le cœur très volumineux, les parois du ventricule gauche singulièrement épaissies, et l'origine de l'aorte parsemée de concrétions, dont plusieurs faisaient saillie à l'intérieur du vaisseau.

La membrane muqueuse de l'estomac était d'un rouge livide. Les intestins grêles contenus dans l'excavation du bassin présentaient le même aspect.

XIV[e] OBSERVATION (1).

Ramollissement du lobe postérieur de l'hémisphère droit s'étendant à la partie externe du lobe moyen du même côté.

29 janvier 1823. Henriette Gournay, âgée de 83 ans, très bien conservée pour son âge, est entrée dans la maison il y a six mois. Comptant recevoir au commencement de janvier le montant d'une petite rente, elle eut lieu de concevoir des doutes sur l'exactitude du paiement. Cette circonstance fâcheuse fit sur elle une impression très forte; elle éprouva plu-

(1) Par M. Foville.

sieurs accès de colère, resta plusieurs jours dans une très vive excitation, et tomba enfin dans un abattement extrême: elle cessa de parler, perdit l'appétit et le sommeil, et voulut quitter la maison. Toutes ces remarques annonçant un désordre intellectuel, on la transporta à l'infirmerie le 29 janvier. Sa conduite depuis ce jour confirma les idées conçues sur l'état de son intelligence. Elle se levait sans cesse pour aller à la chaise, sans en avoir besoin; urinait dans son crachoir, se perdait dans la salle. Durant les premiers jours elle parlait peu, ne paraissait pas fort agitée; cependant la plus légère contrariété la faisait entrer en colère; alors elle menaçait de battre, même de tuer les personnes qui l'environnaient. Elle n'accusait aucune douleur; le pouls et la peau étaient dans l'état naturel. Interrogée sur ses fonctions digestives, elle répondit qu'elle n'y éprouvait aucun dérangement, qu'elle avait plus faim que soif; la langue était naturelle; il n'y avait ni douleur abdominale, ni constipation.

Le sommeil, qui, dans les premiers jours, avait disparu, revint bientôt, mais le désordre intellectuel persista toujours. Il n'y avait, à cette époque, aucun trouble dans les mouvemens; mais bientôt le bras gauche commença à s'engourdir, il devint le siége de fourmillemens, puis de la contracture; il resta long-temps dans cet état, et enfin la contracture fut suivie de la paralysie complète; la jambe du même côté, étrangère aux accidens pendant les premiers jours de la paralysie complète du bras,

commençait à ressentir des fourmillemens et à se contracter, lorsque la malade mourut le 14 février, quinze jours environ après l'invasion de sa maladie. — On pensa, en se rappelant la succession des symptômes observés, lesquels, dans le principe, consistant exclusivement dans le trouble de l'intelligence, avaient porté ensuite sur le bras, qui fut contracté et même paralysé avant que la jambe fût prise; que l'altération du cerveau serait postérieure, superficielle, et qu'elle consisterait dans un ramollissement, vu la nature des symptômes survenus dans le bras, puis dans la jambe; l'autopsie justifia parfaitement ce diagnostic; le lobe postérieur de l'hémisphère droit était, à sa superficie, réduit en une bouillie jaunâtre diffluente; cette altération pénétrait à un pouce de profondeur environ dans la substance de ce lobe, et commençait à s'étendre en dehors du lobe moyen; la substance corticale du reste de l'hémisphère et celle du côté opposé présentait dans plusieurs points des marbrures rougeâtres.

Il n'y avait rien de particulier dans la poitrine ni dans l'abdomen.

XVe OBSERVATION (1).

Marie Doucet, âgée de 61 ans, éprouve en 1818 une péricardite, ou du moins présente tous les symptômes probables de cette maladie. Elle sort au bout

(1) Par M. le docteur Sc. Pinel.

d'un mois entièrement convalescente ; elle jouissait depuis quelque temps d'une assez bonne santé, lorsque dans la nuit du 4 au 5 janvier 1819, elle ressent une violente céphalalgie avec hémiplégie complète et subite de tout le côté gauche du corps.

Le 5, à la visite, elle présente les symptômes suivans :

Face altérée, les lèvres, les pommettes sont un peu livides; céphalalgie sus-orbitaire très intense, contraction inégale des muscles de l'œil; pouls petit, concentré, irrégulier; respiration courte, expiration longue, un peu bruyante; point de toux, point d'expectoration; langue blanchâtre, urines involontaires; délire taciturne, coma; réponses tardives, mais assez satisfaisantes. Décubitus sur le dos, mouvemens involontaires des membres droits, carphologie, hémiplégie du côté gauche; par intervalle, trismus et soubresauts des tendons, sentiment de froid général; les yeux sont fermés, la peau est froide. (*Gom., sinapismes.*)

Les sinapismes ne produisent aucun effet.

6 février. Face grippée, inégalement contractée, céphalalgie plus intense; pouls petit, mou; respiration stertoreuse, expectoration impossible; langue jaunâtre, coma profond, réponses tardives, incohérentes, sueur visqueuse, froide, décubitus sur le côté. (*Vésicatoire à la nuque.*)

Mort le 7 au matin.

Ouverture du corps.

Tête. Arachnoïde rouge, saillie remarquable à la partie moyenne et inférieure du lobe droit, disparition des circonvolutions à cet endroit.

Côté gauche. Ramollissement pultacé de presque tout l'hémisphère, substance corticale violette ecchymosée par intervalles, plus pâle dans d'autres; vers la partie inférieure, la substance médullaire du cerveau participait à cet état, et contenait des ecchymoses de la grosseur d'une noisette.

Côté droit. Vers la partie antérieure et moyenne, kyste jaunâtre, s'étendant d'arrière en avant, et de dehors en dedans, ayant dans son diamètre longitudinal environ un pouce et demi sur une ligne de largeur. Ce kyste, suite sans doute d'une ancienne apoplexie, était entouré d'une substance blanchâtre, moins compacte que le reste du cerveau.

Cervelet. Plus mou que dans l'état naturel.

Thorax. Poumons à peu près sains.

Péricarde. Présente des plaques blanchâtres par intervalles.

Cœur. Fort volumineux; épaisissement du ventricule gauche.

Intestins. Phlogosés à l'intérieur, injection de toutes les membranes muqueuses.

XVI[e] OBSERVATION (1).

Victoire Houdon, âgée de 70 ans, entre plusieurs fois à l'infirmerie pour diverses affections catarrhales. Le 21 décembre, elle est transportée à l'infirmerie à la suite d'un violent accès de fièvre, dont les accès reviennent tous les deux jours pendant un mois environ. Le 2 février, elle fait deux chutes de dessus son lit; dans l'une, la tête va heurter fortement contre la chaise d'aisance; et dans l'autre, c'est la région épigastrique qui éprouve la contusion.

Le 10 février, la malade s'aperçoit que les mouvemens sont impossibles dans le bras droit.

Le 13 février, la face est jaunâtre, grippée; les pupilles sont fortement dilatées; la peau sèche et terreuse; le pouls faible, déprimé, irrégulier; la respiration lente et longue; langue blanchâtre; douleur épigastrique; point d'appétit, point de soif; état soporeux, sans délire; réponses justes, un peu lentes; confusion dans la mémoire, décubitus sur le côté gauche; le corps est plié, faiblesse générale; rêves sinistres pendant la nuit; somnolence au lieu de sommeil.

Le 16, face plus jaune, décomposée; pouls petit, misérable; décubitus sur le dos; la paralysie s'étend au membre inférieur droit; coma profond.

18. Les symptômes s'aggravent, respiration ster-

---

(1) Par M. le docteur Sc. Pinel.

toreuse, couchée sur le côté droit, coma léthargique, sueur visqueuse et froide.

22. La face est tout-à-fait décomposée, jaune; insensibilité générale, plus de réponses, les pupilles conservent leur contractilité.

23 au matin, mort.

Ouverture du corps.

Extérieur. Amaigrissement général, teint jaunâtre de la peau.

Tête. La dure-mère présente des plaques jaunâtres irrégulières à sa face interne; entre l'arachnoïde et la pie-mère, infiltration séreuse, surtout vers les bosses pariétales.

Cerveau. Lobe gauche. Ramolli dans ses deux tiers postérieurs, ce lobe présente une désorganisation très prononcée, d'une forme pultacée vers la partie moyenne de son bord externe, c'est-à-dire vers la région temporale interne. La consistance de ce lobe est peu considérable, il se réduit en bouillie sous les doigts; l'endroit affecté présente une couleur jaune-verdâtre, et une désorganisation presque suppurante.

Lobe droit. Sain, ferme, injecté; cervelet, rien.

Thorax. Poumon gauche hépatisé vers sa face dorsale; poumon droit sain, crépitant.

Abdomen.

Estomac. Face externe, naturelle; face interne, rouge; phlegmasie vers sa grande courbure.

Intestins. Inflammations partielles, taches noirâtres.

Foie. Ramolli, verdâtre dans la plus grande partie du lobe gauche (*ce qui paraît être la suite de la chute sur la région épigastrique*).

Vésicule. Deux calculs, un quadrilatère dans la vésicule, l'autre arrondi, oblong, dans le canal colédoque, fermant son orifice duodénal.

Rein. Sain.

Les autres organes, rien.

XVII[e] OBSERVATION (1).

Ramollissement double.

Anne-Geneviève Membre, femme Delavaux, âgée de 76 ans, d'une constitution assez bonne, n'a jamais eu de maladie grave. Elle conservait, malgré son âge avancé, une activité remarquable; ce qui porterait à croire que le système nerveux prédominait chez elle.

Il y a quatre mois environ qu'elle éprouva des troubles généraux variables, rémittens, sans qu'aucun signe positif pût faire reconnaître une altération organique déterminée.

Les premiers froids de l'hiver augmentèrent ses indispositions, et depuis quelques jours il s'est développé des phénomènes suivis, croissans, dont l'exposition exacte me paraît propre à faire reconnaître une maladie dont le siége est aujourd'hui bien connu.

---

(1) Par M. Foville.

Cette femme a ressenti d'abord une céphalalgie violente, des douleurs, des fourmillemens dans la main gauche, dans l'avant-bras du même côté. Bientôt la jambe gauche est devenue le siége des mêmes symptômes, puis la main droite et la jambe droite; mais la douleur et les fourmillemens ont toujours été plus prononcés du côté gauche du corps que du côté opposé.

C'est après le développement de tous les symptômes énumérés que la femme Membre réclama les secours de l'art.

Ces symptômes remarqués à ce moment étaient la fixité des traits de la face, l'embarras de la langue, sa déviation à droite, les douleurs, les fourmillemens des membres; d'ailleurs la sensibilité générale et l'intelligence ne parurent pas troublées. Ces observations firent penser qu'il existait une altération du cerveau.

Il n'est peut-être pas sans intérêt de rapporter qu'en interrogeant cette malade, elle me dit, sans y être nullement provoquée par la nature de mes questions, qu'elle me reconnaissait pour lui avoir demandé il y a deux ans, à la consultation où elle ne me vit qu'en passant, si elle avait beaucoup de mémoire. (La saillie remarquable du globe de l'œil chez cette femme m'avait porté à lui faire cette question.) Cette circonstance prouve deux choses: 1° que si l'intelligence est altérée dans quelqu'une de ses divisions, la mémoire au moins est bien intacte; 2° que la saillie du globe de l'œil, que M. Gall indique

comme le signe extérieur de cette faculté, coïncide très bien avec son développement chez le sujet de cette observation.

Après avoir interrogé les fonctions cérébrales, on ne trouva dans l'examen des fonctions circulatoires, respiratoires, digestives, etc., rien qui annonçât une lésion profonde de ces deux fonctions. Seulement une soif assez vive, la sécheresse de la bouche, la sensibilité de l'épigastre plus développée que dans l'état naturel, la constipation, etc., paraissaient dépendre d'une légère irritation gastro-intestinale qui, comparée à l'affection principale, constituait une complication peu importante.

En récapitulant les symptômes principaux ci-dessus exposés, les douleurs de tête, les fourmillemens dans les mains, les jambes, etc.; en remarquant qu'ils sont survenus depuis peu de temps, on ne peut révoquer en doute l'existence d'une affection cérébrale aiguë annoncée par des prodromes de longue durée. Ensuite la nature de ces symptômes qui sont reconnus caractéristiques du ramollissement conduit à penser que c'est de cette maladie que le cerveau est atteint.

Enfin si l'on remarque que, bornés d'abord au côté gauche du corps, ces phénomènés se sont bientôt étendus au côté droit, on sera porté à croire qu'un hémisphère seul n'est pas intéressé.

Le premier jour de l'entrée de cette femme à l'infirmerie, M. Rostan, déterminé par la rougeur de la face, fit appliquer quinze sangsues au cou, quoique

d'ailleurs le pouls ne fût ni très fort ni très fréquent. Cette application fut suivie d'une évacuation sanguine assez copieuse sans aucune amélioration dans l'état de la malade. Une boisson rafraîchissante fut prescrite. Malgré l'emploi de ces moyens, la maladie a continué à faire des progrès. La douleur de tête, celles des membres, sont devenues plus vives; la rétraction des membres abdominaux est survenue, ainsi que des crampes dans les mollets, les cuisses et les hanches. Bientôt les deux jambes furent complètement paralysées. Il y a eu aussi un peu de contracture dans les bras. La parole se perd; la face devient livide. La contracture des jambes fait toujours de nouveaux progrès, celle des bras restant au même degré; la sensibilité devient de plus en plus obtuse sans disparaître complètement; enfin la malade expire.

Examen du cadavre.

Tête. Le crâne n'offre rien de particulier.

La dure-mère est plus injectée que de coutume. Il y a de l'infiltration entre l'arachnoïde et la pie-mère.

La partie antérieure des deux hémisphères est ramollie; mais le ramollissement du côté droit du cerveau n'est pas borné à la partie antérieure, il s'étend aussi en haut et un peu en arrière.

Les poumons n'offrent aucune altération profonde. Le cœur est hypertrophié.

La membrane muqueuse de l'estomac et celle des intestins grêles présentent une injection sanguine assez prononcée.

XVIIIe OBSERVATION.

Françoise Prélat, veuve Prevost, âgée de 87 ans, d'une forte constitution, ne présentant aucun signe qui pût dénoter une ancienne maladie grave, entra à l'infirmerie réclamant des soins pour une gastrite chronique. Un mois environ après son entrée, c'est-à-dire le 12 octobre 1820, elle fut privée d'une partie de la sensibilité et de la motilité du côté droit. La face était pâle; la langue blanche, assez humide; il n'y avait point de vomissement, ni de douleur de l'abdomen. Selles et urines ordinaires. La malade était dans une agitation continuelle, portant sans cesse son bras gauche à la partie postérieure gauche de la tête; elle le portait aussi à la partie supérieure du bras paralysé. Les yeux étaient assez fixes, droits; la pupille du côté gauche paraissait plus dilatée et moins sensible à l'impression d'une vive lumière. La malade paraissait avoir la conscience de son mal; mais ne pouvait en rendre compte, vu qu'elle ne poussait plus que des sons inarticulés. La peau était de température naturelle; le pouls était un peu fréquent, mais mou. (Traitement : *vésicatoire à la nuque, sinapismes aux mollets, légers laxatifs.*) Le 13, même état; agitation continuelle, langue très sale; les douleurs de tête augmentent; la paralysie du côté droit est complète. (Même traitement.) Le 14, délire; selles et urines involontaires; augmentation des symptômes du ramollissement; mort dans la nuit du 14 au 15.

Autopsie. Crâne. Injection des méninges; amas de sérosités sous l'arachnoïde et dans les ventricules. La consistance du cerveau en général n'était pas en rapport avec l'âge de la malade. Légère ecchymose dans une circonvolution du lobe gauche moyen ; ramollissement et infiltration sanguine de deux ou trois circonvolutions de la partie inférieure gauche du lobe moyen du même côté; ramollissement qui s'étendait jusqu'à la substance blanche qui forme le centre ovale.

Thorax : le cœur était volumineux, et notamment le ventricule gauche, ce qui paraissait dépendre du rétrécissement de l'aorte. Les poumons étaient crépitans; celui du côté droit était œdémateux vers son bord postérieur. La plèvre costale adhérait dans certains endroits avec la plèvre pulmonaire.

Abdomen. L'estomac un peu contracté ; la membrane muqueuse boursouflée et absolument noire ; le reste du canal alimentaire était plus ou moins injecté. Les autres viscères ne présentaient rien de notable.

CHAPITRE II.

Description de la Maladie dans son état simple mais anomal.

Mais il s'en faut que cette affection marche constamment avec cette régularité; dans son état de simplicité même, c'est-à-dire lorsque sa marche n'est point entravée par une maladie concomitante, elle présente des anomalies singulières qu'il est très essentiel de connaître. Ces anomalies répandent, il est vrai, beaucoup d'incertitude sur le diagnostic de la maladie, et peuvent le rendre même tout-à-fait impossible, non que cela tienne, je pense, au vice de l'observation, mais à la nature même des symptômes que présente le malade. Mais de ce qu'il existe une foule de maladies latentes et très difficiles à reconnaître pour le médecin le plus exercé, il ne s'ensuit pas que ces maladies aient été mal observées; c'est, au contraire, une preuve d'une observation plus avancée que la connaissance de ces exceptions. Enfin, pourquoi vouloir que ce qui existe pour la péripneumonie, la gastrite, l'entérite, la néphrite, l'hépatite, pour toutes les phlegmasies en un mot, n'existe pas pour le ramollissement cérébral? Devra-t-on se montrer plus exigeant pour les unes que pour les autres? Il existe donc des ramollissemens

latens. Il en est qui ne présentent aucun symptôme, d'autres qui en présentent d'entièrement contraires à la marche régulière, enfin il en existe qui n'en présentent qu'un nombre insuffisant pour caractériser la maladie (1). Il est des circonstances, par exemple, où les symptômes précurseurs manquent entièrement; telles sont les deux observations suivantes: je dois dire néanmoins, que je crois ces cas beaucoup plus rares qu'ils ne doivent le paraître à la plupart des personnes qui ont encore peu vu de ramollissemens de l'encéphale. Ces personnes songent peu à recueillir des renseignemens commémoratifs; frappées de l'état apoplectique, elles interrogent peu le malade sur son état antérieur, lorsqu'il peut répondre encore; lorsqu'il est dans un hôpital, les renseignemens que peuvent donner les parens manquent complètement, par la difficulté où l'on est de pouvoir les interroger. Il arrive souvent aussi que le malade, quoique paraissant jouir de toute son intelligence, a cependant perdu la mémoire de son état antérieur, et ce n'est que sur le rapport des gens qui l'entourent qu'on obtient des éclaircissemens précieux. Ces causes et d'autres, qui peuvent m'échapper, parce que je ne les ai pas observées, expliquent assez l'absence des phénomènes précurseurs dans certaines observations. Il peut se faire cependant qu'il n'en existe

(1) Rien n'étant plus propre à faire connaître ces cas irréguliers que des histoires particulières, nous en citerons un certain nombre.

pas, ainsi que cela a lieu dans les observations qu'on va voir.

XIXe OBSERVATION (1).

Ramollissement cérébral sans phénomènes précurseurs.

Marie Thiébaud, veuve Gourdin, âgée de 81 ans, est remarquable par la force de son tempérament; les membres sont robustes, les cavités larges; la figure annonce un âge moins avancé. La malade est renommée par sa grande activité, qui ne l'a pas abandonnée, même depuis plusieurs années, qu'elle *a perdu la vue;* elle n'a jamais eu, au rapport de ses connaissances, d'attaque de paralysie.

Le 30 juillet 1820, sans avoir donné aucune marque de souffrance dans la matinée et les jours précédens, madame Gourdin tomba subitement dans la salle des aveugles, resta immobile, sans connaissance, et fut portée à l'infirmerie. A l'arrivée du médecin, il y avait décubitus sur le dos; la tête, fixée pour un instant, était bientôt portée à droite ou à gauche; elle ne cessait d'élever les bras en tous sens, avec une sorte d'agitation; *la main gauche était sans cesse fixée sur le front;* la droite, du reste très mobile, ne pouvait dépasser le niveau du menton. Touche-t-on la malade, elle donne des signes de mé-

(1) Par M. F^tin Calmeil.

contentement; on la pince au bras qui manifeste de la gêne, elle se relève avec colère, donne aux traits de sa face l'expression qui indique le désir de la vengeance : on lui adresse quelques interrogations, elle se recueille, semble écouter, et reste immobile comme en extase, sans essayer d'articuler aucune réponse : impossibilité absolue de démêler sur sa physionomie si elle comprend les questions qu'on lui adresse. La peau est chaude, le pouls fort, très fréquent; rien de particulier dans les palpitations du cœur, ni dans les phénomènes de la respiration; la poitrine résonne fortement sur tous les points; constriction des mâchoires; les arcades dentaires peuvent cependant être écartées. La langue est rouge, sèche. La pression de l'abdomen ne donne point l'indice de douleur dans cette partie. Les urines et les selles n'ont rien de particulier. (*Vésicatoire à la nuque, quinze sangsues à l'anus, lavement purgatif*). [Impossibilité de faire l'application du traitement; la malade entre dans des mouvemens de fureur, que rien ne peut calmer; on la maintient par la chemise de force.]

Le 31, le calme est revenu; état complet d'imbécillité; gêne à peine plus prononcée dans le bras droit. (*On applique les moyens prescrits la veille, on ajoute de la crême de tartre dans la tisane.*)

Le 1er août la bouche est complètement tournée à gauche, les mouvemens du bras droit sont gênés au point qu'à peine il peut être soulevé de quelques pouces; ceux des membres inférieurs correspondans sont ralentis; si l'on pince le bras paralysé, la dou-

leur est sentie, mais après un certain temps; la malade essaie d'articuler quelques phrases, elle porte le bras gauche au front.

Le 2, les accidens précédens sont beaucoup plus prononcés encore; le bras droit ne quitte plus la couverture, le membre inférieur traîne par terre, quand on lève la malade pour réparer sa couche. La déglutition est impossible, les liquides versés dans la bouche restent entre les lèvres.

Le 3, immobilité absolue de tout le côté droit; le bras gauche semble participer à la paralysie.

Le 5, langue sèche, aride; déglutition nulle, prostration; yeux largement ouverts, fixes; traits étirés, bouche close, respiration précipitée, ronflemens; la main se porte au front; carphologie, mais à des intervalles très éloignés. Mort pendant la nuit.

Ouverture du corps.

La conformation extérieure est régulière; le poumon, libre de toute adhérence, est sain; le cœur, sans être augmenté considérablement de volume, a ses parois épaisses; ses cavités, les gauches principalement, sont dilatées; l'estomac ne laisse voir aucun indice d'inflammation antécédente, non plus que le duodénum, qui contient beaucoup de bile, et dont l'aspect annonce quelque chose de maladif; la portion iléale de l'intestin grêle qui correspond à l'utérus, était, dans plus d'un pied d'étendue, enflammée, presque désorganisée, remplie d'une mucosité d'un

rouge foncé; tous les autres organes étaient en bon état, le foie excepté; son tissu, gorgé d'un sang livide, semblait ramolli, comme boursouflé.

La dure-mère est mince, transparente, injection des autres méninges; le cerveau coupé par tranches, laisse voir çà et là des cercles rosés ou jaunâtres; les deux lobes antérieurs, vers leur partie la plus près du front, sont soudés, ramollis; toute la partie du lobule droit la plus extérieure et la plus rapprochée des parties que nous venons d'indiquer, partageait leur état maladif; l'altération était surtout remarquable près son point le plus inférieur : là, l'organe était pulpeux, comme purulent; les corps striés du même côté étaient mous. Entre les corps striés du côté droit et la couche optique voisine, se faisait voir une tache jaune, à la circonférence de laquelle se rendaient des brides en mode de rayons, comme dans les cas de cicatrice; les ventricules contenaient peu de sérosité; rien de particulier dans le reste de l'organe cérébral; état accoutumé des nerfs optiques.

XXe OBSERVATION (1).

Ramollissement du cerveau sans phénomènes précurseurs.

Marguerite Tellier, âgée de 69 ans, entrée à l'infirmerie le 21 mai 1820, pour une affection catar-

(1) Communiquée par M. Ferrus, médecin de la Salpê-

rhale légère, perdit subitement connaissance, le 12 juin, vers les onze heures et demie du matin. On observait une demi-heure après l'accident :

Perte complète de connaissance; abolition de la motilité et de la sensibilité, surtout du côté gauche; pâleur de la face; légère déviation de la bouche à droite; contraction des pupilles. Respiration fréquente, difficile; pouls dur, fréquent, assez régulier.

(Prescription de *douze sangsues au cou; lavement purgatif, tisane laxative.*)

Pendant dix jours mêmes symptômes.

Le 13 juin, *on réapplique les sangsues. On continue les lavemens et la tisane laxative.*

Les jours suivans, on met un vésicatoire à la nuque, et des sinapismes aux pieds.

Le 23 juin, le pouls a diminué de fréquence et de force; la respiration est revenue à son rhythme naturel. La paralysie des membres du côté gauche est complète; insensibilité générale de la peau, surtout du côté gauche. La langue s'incline à droite. Les pupilles sont resserrées. Les facultés intellectuelles paraissent de jour en jour revenir à leur état naturel. La malade reconnaît les personnes qui l'entourent; elle paraît comprendre les questions qu'on lui adresse, elle y répond même deux ou trois mots raisonnables; mais la suite de ses réponses est inintelligible. La malade ne rend ses excrémens que lorsqu'on la place sur le

---

trière; recueillie par M. Leblond, élève interne de première classe.

bassin. Elle a une légère excoriation aux tégumens du coccix.

Le 27 juin, langue sèche et noirâtre, ventre resserré. (*Pilules de quinquina et de rhubarbe.*)

Le 8 juillet, langue très noire et très sèche, dilatation de la pupille gauche. Dévoiement qui dure depuis cinq à six jours.

Les jours suivans, affaiblissement progressif; facilité encore moindre à articuler quelques paroles. Etat fuligineux de la bouche et de la langue. Persistance du dévoiement. Pouls petit, misérable. La respiration n'est pas lésée d'une manière notable.

La malade meurt, le 18 juillet 1820, à minuit.

Ouverture du corps, le 20 *juillet* 1820.

Etat général d'émaciation. La peau est jaune et terreuse. La pupille gauche est dilatée. Tout l'intérieur de la bouche est recouvert d'une couche fuligineuse.

Les membranes du cerveau sont très pâles; cet organe, examiné avec soin, présente un *ramollissement de tout le lobe moyen de l'hémisphère droit*. Ce ramollissement semblait formé d'une pulpe d'autant moins consistante qu'on approchait davantage du centre, de sorte qu'on eût pu le regarder comme un épanchement pulpeux, si les parois eussent été elles-mêmes plus solides. Ce ramollissement était limité en dedans par la paroi du ventricule droit, non altérée; en dehors, les circonvolutions cérébrales étaient affais-

sées, *diffluentes*, pour ainsi dire, parce que le ramollissement s'étendait jusqu'à la substance corticale. Les ventricules contenaient fort peu de sérosité; celle qui existait dans le ventricule droit était trouble et légèrement floconneuse. Le reste du cerveau était sain, quoique très mou.

Adhérences pulmonaires du côté droit. Dans le lobe moyen du poumon droit, on trouva un tubercule enkysté de la grosseur d'une petite noix. La partie supérieure et le bord postérieur du même poumon présentaient une altération particulière. Le poumon gauche, engoué à sa partie postérieure, contenait quelques tubercules vers la racine. Le cœur, très petit, était pâle et facile à déchirer. Le foie était jaune et mollasse. La vésicule était très distendue par de la bile.

Les autres organes abdominaux furent trouvés sains.

Nota. L'affection qui causa la mort de cette malade, ne fut annoncée par aucun symptôme précurseur. Lorsque la malade eut repris quelque connaissance, interrogée sur le siége de ses douleurs, *elle portait la main à la partie latérale droite de la tête;* et lorsqu'on lui demanda, à plusieurs reprises, si elle éprouvait quelques douleurs dans les membres, quoiqu'elle parût parfaitement comprendre cette question, elle répondit toujours négativement.

Ces deux observations, quoique manquant de phénomènes précurseurs, et offrant quelques irrégularités, présentent cependant quelques signes propres à

faire reconnaître la maladie. Leur marche surtout me paraît frappante.

L'histoire de la maladie de Jeanne Pinotte, veuve Perôt, qu'on va lire, est remarquable, par la difficulté où nous nous sommes trouvés, les premiers jours, de fixer le siége de l'affection. La malade n'avait la conscience d'aucune douleur particulière, l'altération seule des traits de la face fit reconnaître une maladie grave; ce ne fut que lorsque la gêne des mouvemens commença à se faire sentir, qu'on put reconnaître l'espèce de lésion dont elle était frappée.

XXIᵉ OBSERVATION (1).

Jeanne Pinotte, veuve Perôt, âgée de 87 ans, très bien conservée pour son âge, d'une petite taille et d'un tempérament sanguin, est entrée à l'infirmerie le 3 juin. Elle se plaint beaucoup, dit souffrir partout, et assure ne point éprouver plus de douleur dans un endroit que dans un autre. Toutes les fonctions sont successivement interrogées, toutes les parties sont examinées; et cet examen ne jette aucun jour sur le diagnostic d'une affection qui est jugée d'autant plus grave, qu'elle est plus insidieuse, et que l'expérience a appris que des affections cachées qui commencent ainsi, ont souvent une terminaison funeste.

La face est animée, la malade est couchée sur le

(1) Recueillie par M. Delaye, interne de première classe.

dos, mais elle est dans une grande agitation : ses membres, ses bras surtout sont continuellement en mouvement. La respiration est courte, bruyante; chaque expiration est accompagnée d'un soupir; la température de l'air expiré est fort élevée. La percussion de la poitrine donne un son clair partout, excepté à la partie inférieure et postérieure de l'un et de l'autre côté. Le pouls est accéléré et assez développé, la bouche sèche et pâteuse, l'appétit nul, la soif vive, la déglutition facile; le ventre n'est pas douloureux, il n'y a point de selles. La peau est chaude et sèche, les yeux sont larmoyans, la malade est presque sourde, ce qui rend l'interrogation difficile, et s'oppose à ce qu'on recueille le commémoratif : l'intelligence n'est pas troublée. (*Diète, boisson adoucissante, lavement, pédiluves sinapisés, sinapismes.*)

Cet état dure trois jours sans changement notable; la malade continue de se plaindre, sans pouvoir déterminer le point où elle souffre : seulement elle accuse une douleur aux lombes, occasionnée, sans doute, par l'accumulation des matières fécales dans les gros intestins.

Le 8 juin, elle rend quelques crachats sanguinolens; *le bras gauche est engourdi*, les pommettes sont toujours colorées; d'ailleurs, l'état est à peu près le même. (*Même traitement, vésicatoire à une cuisse.*)

Le 9 juin, sorte de prostration, *engourdissement du bras gauche;* le pouls est fort ralenti : les plaintes

ont cessé en grande partie, la malade est le plus souvent *dans un état d'assoupissement;* mais si on l'éveille, elle se plaint comme par le passé. Sa langue, toujours sèche, se couvre d'un enduit noirâtre. La respiration n'est plus bruyante, mais elle tient ses lèvres rapprochées, et semble souffler un corps chaud.

Les jours suivans, les symptômes augmentent d'intensité, la prostration est extrême, la somnolence habituelle, il survient cependant quelque agitation de temps en temps. La langue est toujours sèche, couverte d'un enduit noir fort épais, la soif ardente. *Le bras gauche est de plus en plus engourdi, il paraît être très douloureux, le moindre attouchement fait crier la malade;* les yeux sont larmoyans, les paupières collées à moins qu'on ne les lave, les pommettes sont de plus en plus colorées. Cet état augmente d'intensité d'une manière graduelle jusqu'au 16 juin, jour auquel la malade meurt.

Ouverture du cadavre.

Une couche de graisse assez épaisse existe sous la peau, les muscles sont rouges et se déchirent avec assez de facilité. La taille est déformée.

Poitrine. Poumon droit presque sain, seulement un peu injecté à sa base : poumon gauche *splénisé* et raccorni. Cœur dur, ses cavités sont rétrécies, ses parois fort épaisses.

Abdomen. Estomac rouge dans une partie de son étendue; intestins grêles aussi rouges dans plusieurs

endroits, vésicule biliaire dilatée et remplie d'une bile d'un vert noirâtre. Les autres viscères n'offrent rien de particulier.

Crâne. La dure-mère est adhérente au crâne d'une manière intime dans la presque totalité de son étendue. On ne remarque rien sur les autres membranes, excepté une tache de sang de la largeur d'un franc, entre la pie-mère et le cerveau, et colorant l'une et l'autre. La substance grise est, dans plusieurs points, d'un gris jaunâtre; la substance blanche, dans son état ordinaire. Les ventricules contiennent environ une once de sérosité : à la partie moyenne de l'hémisphère droit, un peu à droite et vis-à-vis la tache indiquée, est un épanchement ancien, du volume d'une amande; le pourtour en *est ramolli et jaunâtre.* Rien de plus n'a été observé.

Cette histoire aurait pu être renvoyée au chapitre *des Complications de la maladie;* mais la marche de cette affection, obscure dans les premiers jours, s'éclaircissant ensuite par le développement des phénomènes, bien qu'on fût privé des circonstances commémoratives, nous l'a fait placer ici.

L'observation XIe me semble du plus haut intérêt, à l'égard des symptômes présentés par la malade qui en fait le sujet. A l'inverse des cas précédens, cette malade a offert des signes commémoratifs, mais elle n'a donné aucun signe positif de paralysie; elle a même éprouvé des mouvemens convulsifs généraux. Les phénomènes sont parfaitement en rapport avec le siége du ramollissement, qui occupait la

partie moyenne du cerveau. Nous reparlerons de cette circonstance à l'article du *Diagnostic*.

XXIIe OBSERVATION (1).

Bussière (Marie-Jeanne), âgée de 72 ans, cuisinière jusqu'à 60, douée d'une constitution très forte, d'un embonpoint assez marqué, d'une taille élevée, d'un caractère vif, ayant presque toujours joui d'une bonne santé, entra à l'infirmerie le 9 juillet 1817. Quinze jours environ avant cette époque, la malade éprouvait du malaise, des maux de cœur, souvent des défaillances; la soif était peu vive, et l'appétit presque nul. Obligée de s'aliter trois jours avant d'être admise à l'infirmerie, elle avait *la tête fort douloureuse*, la bouche pâteuse, les urines libres; il y avait de la constipation.

Le 9 au soir, il survint des symptômes d'embarras gastrique.

Le 10, vomissement abondant de bile poracée. La malade rendit par les selles un ver ascaride lombricoïde.

Le 11 juillet 1817, au soir, la malade était couchée sur le dos; sa physionomie était abattue, ses traits presque décomposés, son regard assez fixe vers le haut du lit, la vue trouble par momens; elle éprouvait des *tintemens d'oreilles* qu'elle disait avoir depuis fort long-temps; l'odorat était très obtus. Du vinaigre très

(1) Par M. Amussat, professeur particulier d'anatomie, etc.

fort, approché le plus près possible des narines, n'a pu être reconnu et n'a produit même aucune sensation. La pituitaire était très sèche, la bouche dans le même état, le goût très affaibli; quelques gouttes de vinaigre sur la langue n'ont point été sensibles pour la malade; la déglutition était difficile, elle ne pouvait se faire que par gorgée; le ventre n'était point douloureux, même à la pression; la respiration était gênée, plaintive presque continuellement; il n'existait ni toux ni crachats.

Le pouls plein, ondulant et fort, offrait une intermittence, généralement toutes les trois pulsations.

La chaleur ne présentait aucune altération remarquable.

Il existait de l'assoupissement, et la malade faisait entendre des plaintes par intervalles; elle se remuait encore dans son lit, mais très difficilement; les lombes étaient fort douloureux.

Les fonctions intellectuelles étaient un peu troublées.

(Prescription : *camomille édulcorée, potion antispasmodique, lav. émollient, trois bouillons.*)

Le 12, décubitus sur le dos, face animée, yeux hagards; les sens présentent les mêmes altérations qu'hier, mais à un plus haut degré; l'agitation est très grande, la déglutition plus difficile encore que la veille; elle s'exécute avec bruit.

La respiration est toujours gênée et plaintive; tout le ventre est douloureux à la pression.

Le pouls est toujours le même.

La faiblesse générale est plus grande; les bras sont pendans sur les côtés du lit; la malade ne peut presque plus se remuer.

Ni toux ni expectoration.

Le délire continue, et les lombes sont constamment douloureux.

(Prescription : *la même, et de plus cataplasme sur le ventre et sinapismes aux pieds.*)

Le lavement n'a produit que peu d'effet; il n'a été rendu que le soir à cinq heures. Les sinapismes ont été levés à la même heure, et n'ont point occasionné de rubéfaction marquée.

Le 13 juillet, le ventre est plus douloureux à la pression; la respiration est aussi plus gênée. Les autres symptômes à peu près comme la veille. (*Même prescription, et de plus un vésicatoire à la jambe gauche.*)

Le 14, prostration plus grande, langue noirâtre à la base, urines involontaires. (*Même prescription.*)

Le 15, la nuit a été très agitée. Ce matin, à sept heures, la langue est noire à la base, et présente sur ses bords un enduit épais, filant, jaunâtre; la déglutition s'exécute avec beaucoup de peine, la respiration est gênée, mais moins plaintive; la malade a rendu quelques crachats épais, légèrement teints de sang; le ventre semble être un peu moins douloureux à la pression.

Les organes des sens sont en meilleur état, et surtout celui de la vue.

Le pouls offre toujours une intermittence toutes

les trois pulsations. (Prescription : *la même, et de plus pilules camphrées.*)

Le 15 au soir, les symptômes énoncés sont devenus moins intenses.

Le 16, la nuit a été très agitée ; le matin à 7 heures, décubitus sur le dos presque entièrement horizontal ; la bouche est entr'ouverte, la langue est très sèche et brunâtre, la déglutition est encore plus difficile que les jours précédens, la poitrine et surtout le ventre sont très douloureux à la pression.

Respiration très gênée, point de toux ni crachats; *mouvemens convulsifs généraux* par intervalles.

Pouls toujours intermittent et fort irrégulier ; soubresauts des tendons, yeux hagards, délire assez tranquille.

Prostration plus grande, pas de selles malgré les lavemens, urines assez libres, le vésicatoire de la jambe suppure bien.

(Prescription : *la même, et de plus dix grains de castoréum dans la potion antispasmodique.*)

Le 17 au soir, décubitus horizontal, bouche béante, yeux frappés de stupeur, paupières supérieures presque entièrement abaissées, langue sèche ainsi que tout l'intérieur de la bouche, déglutition très difficile mais sans bruit; *mouvemens convulsifs généraux pour avaler :* pouls intermittent, irrégulier, assez faible; soubresauts des tendons et des membres entiers. Agitation très grande tout le jour. Respiration extrêmement gênée, plus de parole, connaissance nulle; point de selles malgré les lavemens, urines libres;

la malade urine, sans s'en apercevoir, depuis six jours, dans son lit.

Même prescription.

Le 18 au matin, la nuit a été fort agitée, délire, absence du sommeil. Coloration violette de la face, abattement très grand; pouls lent, faible, irrégulier, intermittent; bouche béante, déviée à droite. Mort à huit heures et quelques minutes.

Ouverture du corps faite le 19 *septembre* 1817, *à huit heures du matin.*

Dépérissement peu marqué du sujet.

Tête. La dure-mère offrait à l'intérieur une teinte rouge pâle; dans presque toute sa moitié supérieure, on ne pouvait distinguer de capillaires injectés. La dure-mère d'un autre sujet a présenté la même altération à l'endroit où aboutissent les sinus de cette membrane, et qu'on nomme le confluent des sinus de la dure-mère.

L'arachnoïde extérieure était rose et parsemée de vaisseaux assez gros, injectés : beaucoup de sérosité roussâtre se trouvait entre cette membrane et la pie-mère.

Le cerveau dépouillé de ses membranes paraissait assez mou. Cette altération n'était point notable jusqu'aux ventricules; mais après avoir ouvert ces cavités, qui contenaient beaucoup de sérosité roussâtre, épaisse, trouble, on a remarqué que le *septum médian était presque entièrement détruit, il n'en*

restait plus que quelques franges; enfin toutes les parties environnantes qui forment les parois du ventricule, étaient d'une mollesse remarquable.

L'arachnoïde qui tapisse la partie postérieure du ventricule droit, a offert des traces évidentes d'inflammation. Les plexus choroïdes étaient rouges et infiltrés.

Le cervelet n'a offert rien de particulier.

Poitrine. Les poumons étaient sains, le droit a paru seulement légèrement engoué à sa partie postérieure et inférieure : la plèvre de ce côté offrait quelques traces d'inflammation.

Le cœur, assez gros, mais en rapport avec le reste du corps, a présenté des ventricules dilatés, les parois du gauche étaient épaissies; l'ouverture de ce dernier dans l'aorte, était rétrécie par la base des valvules endurcies.

Abdomen. La membrane muqueuse de l'estomac était dans l'état qui coïncide presque toujours avec les anévrysmes du cœur.

Le duodénum se faisait remarquer par des traces d'inflammation plus prononcées que sur les autres intestins, qui l'étaient évidemment aussi.

Les autres viscères ont paru dans l'état ordinaire.

XXIII[e] OBSERVATION (1).

Anne Buy, veuve Ludeau, âgée de 68 ans, tempérament sanguin-lymphatique; *sortant des aliénées où elle était depuis* 15 *mois*, est entrée à l'infirmerie le 6 mars 1820.

La veille, cette malade avait perdu connaissance. Elle fut apportée à l'infirmerie dans l'état suivant :

Décubitus en supination; perte complète de connaissance; abolition des fonctions des sens; paralysie du côté droit. Respiration fréquente, haute; toux légère sans expectoration. Pouls fort, plein, fréquent, assez régulier. Face haute en couleur; peau chaude, sèche. Excrétion involontaire de l'urine et des matières fécales. (La bouche n'était guère déviée; on ne put parvenir à faire sortir la langue à la malade.)

(Prescription de *vingt sangsues au col; sinapismes; boissons délayantes*).

Le 7 mars. Même état; seulement la face est moins rouge, le pouls moins fort et moins tendu.

(*Sinapismes; mêmes boissons*).

Les 8, 9 et 10 mars. Le pouls a perdu sa régularité; il présente parfois des intermittences.

Mort le 11 mars à neuf heures du matin.

Autopsie le 13 mars. Injection considérable des veines superficielles du cerveau. On remarque à la

(1) Communiquée par M. Ferrus, et recueillie par M. Leblond, interne de première classe.

partie antérieure de l'hémisphère cérébral droit, une *ecchymose qui se prolonge dans la circonvolution voisine*, n'occupant que la surface de cette circonvolution qui est très ramollie. On rencontre en arrière, du même côté, *plusieurs ecchymoses absolument semblables*. Incisé par couches minces, de son sommet à sa base, le cerveau ne présente aucun changement dans sa couleur ni dans sa densité. Il y a seulement un peu de sérosité dans les ventricules, surtout dans celui du côté droit; et le corps strié du même côté, qui paraît macéré, est manifestement ramolli.

Poumons sains, crépitans, présentant quelques adhérences, cœur volumineux; hypersarcose des cavités gauches; rétrécissement des mêmes cavités. Ossifications à l'ouverture de l'aorte, d'ailleurs saine.

Les viscères abdominaux étaient parfaitement sains.

L'analogie la plus grande existe entre la marche de cette maladie et l'apoplexie; il eût été difficile de les distinguer l'une de l'autre dans le vivant; mais aussi les altérations trouvées après la mort sont-elles bien différentes de celles qu'on rencontre ordinairement, et peut-être appartiennent-elles autant à l'hémorrhagie cérébrale qu'au ramollissement.

Celle qu'on lira n° XXVIII a été recueillie dans le temps où l'on ne reconnaissait pas encore la maladie; on s'apercevra combien les symptômes sont décrits d'une manière peu exacte. Il ne m'est rien moins que démontré, que cette femme n'ait point

éprouvé de signes précurseurs. Je ne la joins ici que pour faire voir combien il est important d'être prévenu pour décrire exactement les symptômes de cette affection. D'ailleurs presque tout le cerveau était ramolli, nul doute que l'absence d'hémiplégie ne tînt à cette disposition. La plupart de ces réflexions peuvent s'appliquer à l'observation d'Aubé n° XXIX.

XXIVe OBSERVATION (1).

Ramollissement du cerveau. Absence de signes précurseurs.

Marie-Adélaïde Grasset, âgée de 75 ans, d'une assez forte constitution, est entrée le 22 janvier 1823 à l'infirmerie.

Plongée dans un état comateux, elle ne put donner sur son état les moindres détails; et les renseignemens qu'on recueillit parmi ses compagnes étant aussi vagues que contradictoires, ne servirent en aucune façon à éclairer le diagnostic positif de la maladie. L'état comateux de la malade, et l'hémiplégie du côté droit du corps étaient les seuls symptômes que l'application des sens pût faire reconnaître; et la seule chose sur laquelle ses compagnes fussent d'accord, était que cette paralysie du côté droit du corps n'existait que depuis peu de temps.

Ces données, quoique insuffisantes pour établir un diagnostic très rigoureux, étaient pourtant assez

(1) Par M. Foville.

précises pour faire admettre l'existence d'une *maladie* locale, récente dans l'hémisphère droit du cerveau; mais il n'était pas possible de savoir si cette maladie était un épanchement sanguin ou un ramollissement, puisque le diagnostic différentiel de ces deux affections, analogues par quelques-uns de leurs effets, ne peut résulter que de la connaissance exacte de leur début, et que cette connaissance manquait. On resta donc incertain s'il y avait ramollissement ou épanchement sanguin.

Il n'y avait d'ailleurs aucun signe d'affection thorachique ou abdominale; le pouls était un peu accéléré; la tête chaude. Vingt sangsues furent appliquées au cou, des sinapismes mis aux jambes; on prescrivit à l'intérieur une boisson laxative. Le lendemain il n'y avait aucun soulagement; le surlendemain l'abattement était encore plus considérable. Enfin l'état de cette malade devint de plus en plus fâcheux, et elle expira le 29 janvier, sept jours après son entrée à l'infirmerie.

Examen du cadavre.

Les membranes du cerveau contenaient une assez grande quantité de sérosité, surtout du côté droit; à gauche, le développement général de l'hémisphère du cerveau s'était en quelque sorte opposé à une collection séreuse aussi abondante; d'ailleurs cet hémisphère était ramolli dans presque toute son étendue, surtout vers son centre où la substance blanche avait pris une couleur jaune sale.

Les organes contenus dans le thorax et l'abdomen n'étaient le siége d'aucune altération sensible.

XXVᵉ OBSERVATION (1).

Ramollissement cérébral. Absence de signes précurseurs.

Marie-Philippine Lannot, veuve Desforges, âgée de 85 ans, est entrée à l'infirmerie le 6 janvier 1823, pour un catarrhe pulmonaire ou quelqu'autre maladie peu intense, à l'étude de laquelle on n'appliqua pas une attention particulière. Le 20 janvier on s'aperçut qu'elle était hémiplégique du côté gauche; et le lendemain, à la visite, elle se trouvait dans l'impossibilité de donner sur son état aucune réponse positive.

Borné à l'application des sens, on put constater l'immobilité complète du côté gauche du corps sans perte de la sensibilité; embarras très grand de la langue, déviation des traits de la face à droite, etc.

Ces symptômes, survenus depuis peu de temps, suffisaient pour faire reconnaître une altération profonde récente dans l'hémisphère droit du cerveau; mais pour distinguer la nature de cette altération, il était nécessaire d'avoir des commémoratifs précis sur l'état antérieur. Je n'ai pu en obtenir d'assez positifs pour lever cette difficulté; j'ai appris seulement que

---

(1) Par M. Foville.

cette femme avait été paralysée deux fois, et que deux fois la résolution avait eu lieu; ce qui porte à croire que l'affection du cerveau, cause de ces deux paralysies, était un épanchement sanguin. Cette circonstance pourrait faire penser que c'est encore un épanchement sanguin qui eut lieu, puisqu'en général on est d'autant plus disposé à l'apoplexie qu'on en a été frappé un plus grand nombre de fois; mais d'un autre côté, les filles de service disent que depuis quelque temps cette femme se plaignait de vives douleurs dans les membres. Ces renseignemens, s'ils étaient bien positifs, devraient porter à admettre un ramollissement; mais dans l'incertitude où l'on est sur les symptômes précurseurs, on peut seulement affirmer qu'il existe depuis peu une maladie locale très prononcée dans l'hémisphère droit du cerveau, puisque le côté gauche du corps est privé de mouvement.

Le pouls étant très faible, la face pâle, etc.; on ne crut pas devoir employer le traitement antiphlogistique; seulement on eut recours aux dérivatifs appliqués aux membres inférieurs, sans espérer que la résolution fût possible. Ce fâcheux pronostic fut bientôt réalisé.

A l'ouverture du cadavre on trouva de l'infiltration dans les méninges; un ramollissement profond dans l'hémisphère droit du cerveau. Le centre de cette altération était en dehors du corps strié et de la couche optique; il comprenait les parties extérieures de ces deux renflemens nerveux, et s'étendait de là en avant et en arrière dans la substance

blanche de l'hémisphère. Les poumons étaient engoués, le cœur volumineux, les parois du ventricule gauche très épaisses et très dures, des ossifications à l'origine de l'aorte.

La membrane muqueuse de l'estomac était d'un rouge livide ; celle des intestins grêles dans le même état. La membrane muqueuse de la vessie présentait des plaques d'un rouge livide très foncé, etc.

XXVIe OBSERVATION (1).

Demonchy, femme Méhoul, âgée de 69 ans, fut transportée à l'infirmerie le 13 janvier 1821 au soir, privée de l'usage de ses sens.

Examinée attentivement le 14 au matin, elle présente l'état suivant : elle est couchée sur le dos ; sa respiration est accélérée et bruyante ; il y a résolution des membres du côté droit ; le bras gauche conserve quelque temps la position qu'on lui donne, et ramène la couverture sur la poitrine. Les mouvemens que fait la malade lorsqu'on la pince, annoncent qu'elle conserve le sentiment, de l'un et de l'autre côté. Elle ne parle pas, et paraît ne point entendre les questions qui lui sont faites, ne point voir ce qui se passe autour d'elle. Les yeux sont cependant mobiles, et l'une et l'autre pupilles se contractent sensiblement à l'approche d'une bougie. De temps en temps elle fait avec la tête un signe négatif comme

(1) Par M. U. Trélat.

le font les personnes qui veulent indiquer leur mauvais état. Sa peau est chaude, son pouls fort et fréquent; elle boit sans beaucoup de difficulté.

(*Lavement purgatif, sinapismes, un vésicatoire à la nuque.*)

Le soir, la malade est dans le même état; sa respiration paraît plus difficile.

Le 15 au matin, les membres du côté gauche conservent leur mouvement; la main s'ouvre et se ferme alternativement; l'œil droit est fermé, mais les deux pupilles se contractent encore à l'approche de la lumière; aucune partie du corps ne donne le moindre signe de sensibilité. Le pouls est intermittent, la déglutition est devenue impossible, la malade ne boit plus. Un flacon d'alkali volatil approché de son nez, un petit cristal d'oxalate de potasse appliqué sur sa langue, ne semblent produire aucune sensation; la bouche paraît être un peu déviée du côté opposé à celui qui est paralysé.

(*Nouveau lavement purgatif; on réitère les sinapismes.*)

A six heures du soir, râle; la bouche est largement ouverte; la peau est couverte d'une sueur visqueuse. A sept heures moins un quart, mort.

Des renseignemens ont été pris dans son dortoir. En voici le résultat :

Les filles de service qui connaissent cette femme depuis deux ans et demi, affirment ne l'avoir jamais vue dans un état parfait de santé. Depuis fort longtemps elle ne pouvait mouvoir ses jambes qu'avec

beaucoup de difficulté; elle attribuait cette gêne des mouvemens, à d'anciens accès de goutte : les extrémités inférieures se présentent, en effet, dans un état d'émaciation et de dépérissement marqué. Depuis la fin de l'été dernier, son plus grand exercice avait été de s'asseoir près de son chevet; encore mettait-elle un temps et une lenteur considérables à cette opération.

A l'époque des derniers froids, cette femme s'est trouvée beaucoup plus mal et trop incommodée pour qu'on pût la garder dans son emploi. Il paraît que l'idée de quitter son dortoir fut pour elle très pénible, et qu'elle en fut affectée. Le 13 janvier au matin, elle mangea avec édacité, malgré les représentations des filles de service; elle répondit plus vivement que de coutume, comme une personne qui ne possède pas sa raison; et, peu d'heures après, transportée aux salles de la Visitation (où sont placées les grandes infirmes), elle perdit toute son intelligence, la parole, qu'elle n'a pas recouvrée depuis, et fut transportée le même jour à l'infirmerie. On a remarqué que toute la matinée elle avait agité ses doigts, saisi sa couverture, et *fait des paquets*, comme le disent les personnes qui entourent les malades. Ajouterai-je que les filles de service qui la connaissent depuis deux ans et demi, m'ont dit qu'elle ne leur avait jamais paru posséder toute son intelligence, et que ses facultés se sont sensiblement altérées depuis le commencement de l'hiver? Mais je dois me hâter de dire aussi, que cette assertion, faite hier, n'a été infirmée aujourd'hui ; ce qui donne

une nouvelle preuve du peu de créance qu'on doit accorder aux rapports des gens qui savent à peine voir, et nullement rendre compte de ce qu'ils ont vu.

Autopsie. La voûte du crâne enlevée, les membranes paraissent soulevées à la partie postérieure et supérieure; elles sont détachées avec soin; toute la masse cérébrale est rougeâtre; les circonvolutions se font remarquer par leur largeur et par leur étendue. L'œil saisit bientôt à la partie postérieure et inférieure de l'hémisphère gauche, entre la tente du cervelet et la scissure de Sylvius, un ramollissement considérable, présentant l'aspect d'un fruit pourri. La pulpe cérébrale est en bouillie, dans la largeur d'une pièce de trois francs à l'extérieur; elle a perdu toute sa consistance, assez loin au pourtour du lieu désorganisé. A une plus grande profondeur, la largeur du ramollissement augmente et prend la dimension d'un écu de six francs. Il offre au moins un pouce de profondeur, et s'étend jusqu'à la cavité digitale du ventricule. Toute la portion du cerveau qui avoisine et qui entoure le lieu malade, a perdu de sa consistance et est très rouge. La substance corticale a, partout, une teinte rosée; on ne remarque aucun épanchement; le cervelet est parfaitement sain.

Cavités thoracique et abdominale. Le poumon droit est adhérent dans une grande partie de sa périphérie; sa portion la plus déclive qui repose sur le diaphragme, est en état d'hépatisation grise; cette désorganisation se prolonge assez avant de bas en haut.

Tous les autres organes sont parfaitement sains. L'estomac et les intestins ne présentent aucune trace d'inflammation ; ceux qui sont contenus dans la cavité du petit bassin sont un peu rouges à l'extérieur ; mais ce phénomène constant, quelle que soit la cause de la mort, paraît tenir aux simples lois de la pesanteur.

XXVIIe OBSERVATION (1).

Ramollissement du cerveau, ayant son siége dans le corps calleux.

Françoise Coiffret, veuve Pichard, âgée de 75 ans, d'une constitution faible et détériorée, entra à l'infirmerie le 31 janvier, présentant une espèce de démence sénile. Toujours en mouvement pendant son délire, tantôt elle jetait ses couvertures à terre, tantôt elle s'enveloppait dedans. Plusieurs fois elle s'est levée et a voulu aller coucher dans le lit de sa voisine. Quand on l'interrogeait sur le siége de ses souffrances, elle répondait qu'elle n'était pas malade. Les infirmières assurent cependant l'avoir plusieurs fois entendu se plaindre de douleurs dans les membres ; mais de quelle espèce de douleurs, et depuis combien de temps existaient-elles? C'est ce que nous ignorons complètement. Tel était son état lorsque le 5 février 1823, à cette agitation conti-

(1) Par M. Droullin.

nuelle, a succedé un assoupissement qui a duré tout le jour et toute la nuit. Voici, de plus, ce que nous avons remarqué le 7 février, à la visite du matin.

La malade, couchée sur le dos, offre une face grippée. La peau est terreuse, les traits sont altérés, les joues creuses, la bouche béante, les yeux sont fixes, les pupilles immobiles et peu dilatées. Le bras *gauche* demi-fléchi, fortement *contracté*, est paralysé et insensible; la jambe est sensible et peut encore exécuter quelques légers mouvemens. Quand on dit à cette malade de porter le bras droit à la tête, elle le soulève avec lenteur et y parvient à peine; la sensibilité y est presque entièrement éteinte; la jambe de ce côté est à peu près paralysé au même degré que le bras; mais elle jouit encore de la sensibilité.

Pichard peut entendre ce qu'on lui dit; ses paroles sont lentes et sa voix faible.

La langue est sèche et couverte d'un enduit brun à sa base. Il y a un peu de soif, sans nausées ni vomissemens; l'épigastre n'est point douloureux à la pression, le ventre est libre et les urines coulent bien.

Il existe un peu de toux sans expectoration; la percussion n'indique rien de bien tranché; mais la respiration est nulle dans toute la partie postérieure du dos; elle ne s'entendait non plus dans quelques points de la partie latérale gauche de la poitrine. Le pouls est petit, irrégulier, intermittent, et la peau au-dessous de la température ordinaire.

(Prescr. *vésicatoire à la nuque, boisson laxative.*)

8 février. La malade est aujourd'hui dans un état

voisin de la mort, les membres dans une insensibilité complète, les sens entièrement abolis; il y a état comateux des plus profonds; les yeux ne jouissent plus d'aucune sensibilité, ils sont cadavéreux; les lèvres sont pendantes et tombent du côté où cette malade est couchée. L'inspiration est longue, difficile, et l'expiration rapide; le bras n'est plus contracté; mais la jambe l'est un peu; le pouls est à peine sensible à l'artère brachiale. Cet état continue à faire des progrès, et la malade meurt à 4 heures d'après-midi.

L'ouverture en est faite le 9 à 8 heures du matin.

Le crâne ayant été enlevé et la substance cérébrale coupée par tranches très minces, nous avons trouvé un peu d'endurcissement à la partie moyenne et postérieure de l'hémisphère droit; le ventricule de ce côté était rempli de sérosité limpide; mais la principale altération avait lieu dans le corps calleux, dont l'extrémité postérieure était ramollie dans l'étendue d'environ un pouce. Le reste du cerveau était sain; la consistance du cervelet était un plus peu grande qu'elle ne l'est ordinairement.

Poitrine. Les poumons étaient malades dans toute la région dorsale; ils offraient une couleur noire; leur tissu n'était plus perméable à l'air; ils plongeaient au fond de l'eau; la partie moyenne et latérale du poumon gauche était également affectée; ils présentaient d'ailleurs des adhérences intimes avec les plèvres, au moyen d'un tissu cellulaire bien organisé.

Le cœur, quoique d'un volume presque ordinaire, était cependant hypertrophié.

Abdomen. La membrane muqueuse gastro-intestinale était le siége d'une phlegmasie chronique. Les autres organes renfermés dans cette cavité nous ont paru parfaitement sains.

Le siége de l'altération au centre du cerveau rend bien compte des symptômes généraux que la malade a présentés.

XXVIIIe OBSERVATION.

Jeanne Bellanger, âgée de 63 ans, *aliénée,* paralytique de la jambe droite, fut frappée, le 30 mars 1817, d'une attaque subite d'*apoplexie,* suivie de perte incomplète des fonctions des sens, de la sensibilité et des mouvemens. Les dérivatifs et les émétiques furent employés avec assez de succès pour que le lendemain la malade eût recouvré une partie de son intelligence habituelle, la sensibilité générale et quelques mouvemens; mais physionomie jaune, altérée, *céphalalgie,* langue sèche et brune, fréquence du pouls, gêne de la respiration. Ces symptômes ont persisté en augmentant d'intensité malgré les moyens employés, et le 12 avril elle offrait l'état suivant :

Face altérée, joues et menton colorés, ecchymose noirâtre de l'œil gauche et des tégumens environnans. *Délire continuel,* efforts pour sortir de son lit; insomnie; on fixe la malade avec la camisole. Langue, dents et lèvres sèches et noires; selles naturelles;

respiration fréquente, inspiration grande; expiration vite, bruyante; pouls fréquent et mou.

Le 13 avril, *idem.*

Le 18, face décomposée, insensibilité, immobilité générale, respiration très fréquente, râle, la malade *fume la pipe*, pouls insensible. Escharre considérable aux tégumens du sacrum, la mort paraît prochaine.

Mort le 19 au matin.

Ouverture du corps.

Extérieur. Ecchymose sur l'œil droit. Ephélides sur l'épaule droite.

Tête. La partie de l'arachnoïde qui tapisse la dure-mère était *intérieurement* très rouge, comme du sang extravasé, dans certains points, et jaune-rouge dans d'autres points; on enlevait par lambeaux, avec facilité, une fausse membrane assez épaisse qui tapissait toute cette face. L'arachnoïde cérébrale était saine.

Le cerveau petit et mou; ventricule contenant de la sérosité, mais les extrémités antérieures oblitérées par des adhérences qu'on ne pouvait séparer qu'en altérant la substance cérébrale *très ramollie, comme pultacée*; c'était surtout les corps cannelés et les couches optiques qui présentaient ce *ramollissement*, qui s'étendait jusqu'à la protubérance annullaire exclusivement; dans quelques points, la substance médullaire était brune et noirâtre, et très

ramollie. La moëlle alongée était consistante et saine; mais le cervelet participait un peu à la désorganisation; le *calamus scriptorius* était oblitéré à sa partie supérieure.

Thorax. Inflammation du poumon, hépatisation, engorgement du poumon gauche, un peu de liquide épanché.

Abdomen sain, excepté sur quelques points des intestins légèrement phlogosés.

XXIXe OBSERVATION.

Aubé (Marie-Anne), âgée de 84 ans, entrée à la Salpêtrière, le 6 janvier 1819, n'ayant jamais essuyé de maladie grave, se coucha bien portante le 29 octobre 1817, après avoir soupé comme à son ordinaire. Le lendemain, elle fut trouvée dans son lit, affectée d'une hémiplégie complète du côté droit, avec paralysie entière de la langue : elle fut de suite transportée à l'infirmerie. A la dureté de son pouls, à sa respiration stertoreuse, à un état habituel de somnolence, et à l'anéantissement dans lequel paraissaient être ses facultés intellectuelles, on soupçonna quelque épanchement dans le cerveau.

Au bout de quelques jours, l'état de la malade semblait s'améliorer; mais bientôt une fièvre ardente se déclare; tous les symptômes s'aggravent, et la malade meurt le 21 novembre, vingt-deux jours après son entrée à l'infirmerie.

A l'ouverture du cadavre, le cerveau fut trouvé

mou et plein de sérosité dans ses ventricules. Mais ce qui doit surtout fixer l'attention, c'est qu'à la partie inférieure du lobe postérieur du côté droit, on trouva un *ramollissement marqué* et une espèce de cavité dont les parois étaient jaunâtres, telles qu'on les rencontre à la suite d'un épanchement un peu ancien. Cette observation, très incomplète, a vraisemblablement été mal recueillie.

Voilà sans doute un très petit nombre des anomalies que peut offrir le ramollissement cérébral. J'ai dû me borner à décrire celles que j'avais observées; d'autres variétés peuvent s'offrir aux médecins qui se livrent aux mêmes recherches : il est impossible de devancer l'expérience, c'est à elle à multiplier ces exemples. Ce qu'il y a de satisfaisant pour le diagnostic, c'est que la plupart des irrégularités que nous venons de citer, trouvent leur explication dans le siége ou la nature de l'altération, et qu'au lieu de détruire les règles que nous poserons, elles ne servent qu'à les confirmer. Je suis même convaincu, pour le dire en passant, qu'on pourrait, par une *attention scrupuleuse*, se rendre compte des variétés des symptômes que présentent en général les maladies, par les variétés des altérations des organes; que la nature *n'erre jamais;* que la faiblesse seule de nos sens, de nos moyens d'investigation, ne nous permet pas de reconnaître la cause de ces anomalies, et que notre paresse trouve plus commode d'accuser une irrégularité pathologique, que de chercher une raison satisfaisante de cette prétendue irrégularité.

Les anomalies des cas précédens consistent en ce que les signes n'ont pas été ceux du ramollissement régulier, l'altération étant d'ailleurs bien prononcée. La trentième observation offre, au contraire, tous les signes du ramollissement, et néanmoins l'altération est peu sensible, et pourrait même être révoquée en doute.

XXXe OBSERVATION (1).

Françoise Coulomb, âgée de 78 ans, est petite, maigre, languissante, souffre depuis long-temps, garde le lit depuis le 18 avril; elle affirme n'avoir jamais éprouvé aucune attaque d'apoplexie, quoique ses membres soient d'une extrême faiblesse, se refusent à la porter, lui fassent endurer des douleurs très vives.

Le premier septembre 1820, elle déclare souffrir beaucoup de la tête, et depuis quatre jours les mouvemens du bras gauche sont gênés; il arrive jusqu'au front avec beaucoup d'efforts et en tremblant; il existe une pesanteur et un engourdissement de la cuisse correspondante, beaucoup plus marquée qu'au bras; il est difficile de dire s'il y a rectitude de la bouche; la langue est mobile, la parole lente, embarrassée; les pupilles sont contractiles, la raison est intacte; la malade, intelligente, s'afflige, dit qu'elle se voit dépérir. L'expression de la face est

(1) Par M. F^tin Calmeil.

défavorable ; les fonctions digestives sont languissantes ; le pouls est faible, lent.

Le 2 septembre, les mouvemens du bras sont assez libres, assez variés ; l'engourdissement de la cuisse est excessif, douleurs fortes de cette partie, cris aigus ; rien d'apparent au dehors ; amaigrissement rapide ; à peine si la malade prend quelques alimens.

Le 10 septembre, point de changement dans l'état du bras et de la cuisse ; raison très juste, faiblesse extrême, douleurs vives du membre inférieur du côté droit ; rien ne peut faire soupçonner un état plus défavorable. La malade n'était plus le jour suivant.

Pâleur des méninges, mollesse générale de toute la pulpe cérébrale, mais pas assez prononcée pour qu'on puisse comparer son état à celui d'une bouillie. Certains points semblent plus affectés que le reste de l'organe ; défaut de consistance du cervelet.

Engouement du poumon droit, commencement d'hépatisation vers le sommet du lobe supérieur.

Plusieurs fongus sur la muqueuse de l'estomac, qui est blanchâtre, comme relâchée. Rien de notable au duodénum : matière jaune, tenace, sur divers points des intestins grêles ; injections violacées de leur surface interne.

CHAPITRE III.

Complication de la maladie.

Après avoir examiné la maladie dans son état simple et régulier, dans son état simple et anomal, nous devons la présenter dans son état de complication. Les affections que j'ai vues exister le plus fréquemment en concurrence avec le ramollissement, sont : l'apoplexie sanguine, sans contredit la plus commune de ses complications ; plus rarement les inflammations des méninges (1), les cancers de cerveau, les exostoses, etc. Je ne doute pas que les tubercules, les acéphalocystes, et autres lésions organiques, ne compliquent aussi le ramollissement cérébral ; mais ces cas ne se sont pas offerts à mon observation. Toutes les phlegmasies des autres viscères peuvent aussi exister concurremment avec le ramollissement de l'encéphale. Ce serait faire perdre au lecteur un temps précieux, que de décrire en détail chacune de ces complications ; nous allons seulement citer quelques observations des plus ordinaires d'entre elles.

(1) Nous en citons deux exemples.

XXXIe OBSERVATION (1).

Ramollissement avec léger épanchement.

Barbe Drouin, âgée de 66 ans, a été toute sa vie sujette aux maux de tête; réglée à 18 ans, elle a cessé de l'être de très bonne heure (à 28 ans, époque à laquelle elle eut une péripneumonie chronique qui dura près de deux ans).

Cette femme, d'une constitution faible, se plaint *depuis quelques jours d'une douleur à l'oreille gauche.*

Le 6 octobre, en se levant, elle perd subitement connaissance; elle est transportée à l'infirmerie. La tête est fortement penchée sur l'épaule droite, il y a paralysie complète du côté gauche, la respiration est bruyante, le pouls est fréquent et développé; il existe un coma profond.

Le 7, la tête est droite et penchée en arrière; la figure pâle, décomposée, non contractée; le pouls fréquent, mou, irrégulier; la respiration bruyante, longue, entrecoupée de longs soupirs; la langue blanchâtre, les déjections involontaires; des sueurs partielles, visqueuses, couvrent surtout le thorax.

Les réponses sont justes, mais tardives, la mémoire des évènemens antérieurs est abolie; il y a stupeur des facultés intellectuelles. La langue, tirée hors de la

(1) M. Sc. Pinel, D. M. P.

bouche à plusieurs reprises, penche évidemment du côté paralysé (gauche).

La malade, interrogée sur le siége de son mal, *porte lentement la main droite sur la partie latérale droite et supérieure de la tête, et dit y ressentir de violentes douleurs.*

Les pupilles, examinées à la chandelle, ont présenté les phénomènes suivans : contractilité de la gauche et immobilité de la droite; ce qui est en raison inverse de la paralysie du reste du corps.

Le 10 octobre, la face est plus naturelle, calme; le pouls lent, légèrement irrégulier, la respiration naturelle; les crachats sont muqueux, épais; la langue un peu jaunâtre à sa base; inappétence des alimens. Les déjections ne sont plus involontaires. Les fonctions intellectuelles sont dans leur état sain; la mémoire est revenue. La malade commence à remuer le bras gauche, et se plaint de ressentir des douleurs dans l'épaule; la douleur à la partie supérieure de la tête persiste.

Le 14, le mieux se soutient dans toutes les fonctions, le sommeil est tranquille. Le bras gauche est mobile, la cuisse gauche insensible, paralysée; la malade ressent des douleurs violentes dans le bras et la cuisse gauches; les tégumens du coccix commencent à s'écorcher.

Le 16, la face est un peu altérée, le pouls élevé, l'appétit nul, *douleurs très vives dans la jambe gauche*, mouvemens libres du bras; abattement moral; la plaie du coccix augmente.

Le 20, les douleurs de la tête et du côté gauche sont plus violentes. Le matin, la malade dit avoir éprouvé pendant un quart d'heure un *fourmillement très fort* dans la jambe gauche; l'abattement moral est plus grand. Idées et pressentimens sinistres.

Le 28, la face est plus altérée; douleurs très violentes dans les membres gauches, moins sensibles dans la tête; roideur tétanique de la jambe gauche, le bras de ce côté jouit de sa mobilité. Les déjections sont involontaires, les réponses justes; l'excoriation du sacrum est large et d'une mauvaise odeur.

Le 30, mêmes symptômes; on remarque de plus que la langue articule difficilement les sons.

Le 5 novembre, la malade ressent des douleurs dans les deux jambes; la gauche est toujours roide. L'escharre du sacrum s'agrandit.

Le 10, la face est décomposée, jetée en arrière; les yeux larmoyans, les deux pupilles immobiles et insensibles à l'action d'une chandelle approchée de fort près; le pouls fréquent, faible, irrégulier; les déjections involontaires; depuis deux jours, délire la nuit pendant une heure, avec quelques cris aigus; les réponses justes; la malade dit ne plus ressentir de douleurs dans la cuisse.

Le 14, délire fugace; réponses justes en insistant fortement; pouls petit, serré, mou; douleurs aiguës à la partie supérieure de la tête; la mémoire des évènemens antérieurs, qui était parfaitement revenue jusqu'à cette époque, est totalement abolie. Déjections involontaires, escharre large et fétide au sacrum.

Le 16, face décomposée, abolition presque complète des facultés intellectuelles; langue aride, brunâtre, haleine fétide, peau sèche et terreuse. Les deux bras sont mobiles. La jambe gauche est roide, inflexible. En interrogeant fortement, on obtient pour toute réponse un râlement guttural. Mort.

Ouverture du corps.

Maigreur générale, escharre du sacrum très large, noirâtre, fétide.

Tête. Dure-mère injectée ainsi que les membranes sous-jacentes. L'hémisphère droit du cerveau présente à la partie postérieure, supérieure et interne, dans l'étendue d'environ un pouce, une surface jaunâtre, mollasse. Ayant enlevé avec le scalpel une tranche mince de cet endroit mou, on trouva au-dessous un petit épanchement sanguin d'environ huit lignes de longueur sur autant de largeur, et six lignes de profondeur. La couleur de cet épanchement est d'un brun noirâtre. On n'a pas pu découvrir autour de sa cavité sa membrane propre. Le reste de la substance cérébrale est ferme, injecté.

Le cervelet a présenté dans son intérieur, vers la partie postérieure et inférieure, une cicatrice jaunâtre, de huit lignes de long sur trois lignes de large, d'une couleur brunâtre et citrine. Le centre en est dur, résistant sous le scalpel, enveloppé d'une membrane très apparente.

Thorax. Poumon droit hépatisé à sa partie infé-

rieure ; cœur volumineux. Ventricule gauche épaissi, orifice aortique rétréci. L'estomac rétréci à sa partie moyenne, rosacé à l'intérieur. Petits intestins enflammés.

XXXIIe OBSERVATION (1).

Ramollissement d'une partie du cerveau avec épanchement.

La femme Bonnefoi, âgée de 80 ans, sans état connu, d'une constitution peu robuste et d'un tempérament bilieux, entrée la veille à l'infirmerie avec une absence totale de la parole, précédée d'une perte subite de connaissance, n'a pu donner aucun renseignement positif sur son état antérieur et actuel.

Les recherches faites dans le dessein d'en obtenir quelques-uns, se bornent à faire connaître qu'elle s'était plainte d'une douleur de côté et d'un malaise général, quelques jours avant l'invasion de sa maladie cérébrale ; qu'*elle était fort chagrine de se voir placée à la Salpêtrière*, qu'elle n'était point paralysée, et qu'elle était tombée subitement sans connaissance tandis qu'elle était occupée à arranger ses cheveux.

Entrée le 4 décembre 1819 à l'infirmerie.

Traits altérés, peau chaude, teint jaunâtre ; muscles de la face du côté droit relâchés, ceux du côté

---

(1) Par M. Bourcsche, élève en médecine.

gauche, au contraire, contractés; bouche fermée et déviée à droite, roideur des mâchoires, contractilité des pupilles examinées à la chandelle, décubitus sur le dos. Paroles nulles; immobilité et *roideur* du bras et de la jambe du côté droit, conservant encore leur sensibilité. Le bras et la jambe du côté opposé exécutent encore bien leurs mouvemens.

Respiration difficile, toux peu fréquente, crachats nuls. La poitrine n'a point été percutée.

Pouls faible, fréquent, régulier.

Point d'appétit, soif nulle, déglutition impossible; le ventre est dur, tendu, et paraît être douloureux au toucher, par les efforts que fait la malade de son bras gauche pour éloigner la main qui le presse. Constipation, urines involontaires.

Somnolence.

(*Lavement de chicorée avec une once de muriate de soude, cataplasme sinapisé aux pieds, vésicatoire sur la partie supérieure latérale gauche de la tête.*)

Le 6, même état que la veille. La malade ne peut toujours rien avaler.

(*Encore un lavement irritant.*)

Le 7, la malade ouvre légèrement la bouche, la langue est très épaisse et couverte d'un enduit brunâtre; elle entend ce qu'on lui dit; du reste même état.

(*Julep avec un gros d'acétate d'ammoniaque.*)

Le 8 et le 9, même état.

Le 10 et le 11, *idem.* De plus, la face est très colorée.

Le 12, face cadavéreuse, yeux ternes, paupières entr'ouvertes, tête penchée en arrière; la malade, qui n'a jamais pu proférer aucune parole pendant son séjour à l'infirmerie, a perdu totalement le sens de l'audition.

Mort à midi.

Ouverture du corps le 14, trente-six heures après la mort.

Etat extérieur. Couleur jaunâtre.

Tête. Les membranes ne présentent rien de particulier.

Le cerveau conserve à peu près sa consistance propre. Ramollissement et couleur légèrement jaunâtre de la substance cérébrale dans presque un pouce d'étendue, au centre du lobe moyen gauche.

Espèce d'épanchement sanguin au milieu de ce ramollissement (dans le corps strié) qui a converti en une couleur rougeâtre cette substance jaune dont il a été question plus haut.

Ancien épanchement sanguin, d'une couleur brunâtre, renfermé dans un kyste, dont on peut aisément séparer les parois, au centre du lobe postérieur du côté droit.

Le cervelet paraît être un peu ramolli. La colonne épinière n'a pas été ouverte.

Thorax. Poumons hépatisés dans leur partie postérieure, sains dans l'antérieure. Ancienne cicatrice à leur sommet. Plusieurs adhérences de la plèvre cos-

tale avec la pulmonaire. Cœur très volumineux, ses parois sont très épaisses.

Abdomen. Hypertrophie considérable du foie, qui s'étend du haut en bas, depuis le diaphragme, qu'il refoule vers la poitrine, jusqu'au niveau de la crête iliaque, et de droite à gauche jusqu'à l'hypochondre du côté opposé. Son tissu est un peu injecté. Membrane interne de l'estomac (logé dans la région ombilicale à cause du trop fort volume du foie), rouge, ainsi que celle des intestins.

Les autres organes contenus dans l'abdomen ne présentent rien de remarquable.

XXXIIIe OBSERVATION (1).

Epanchement sanguin avec ramollissement d'une partie du cerveau.

Marie Cameau, âgée de 76 ans, d'une constitution robuste et d'un tempérament sanguin, entrée à l'infirmerie le 10 mai 1820, pour de vives douleurs dans les lombes et les extrémités inférieures, n'a jamais eu de maladie grave, dit-elle, depuis qu'elle se connaît; jamais elle n'a éprouvé de syncope, ni ressenti aucune atteinte d'apoplexie.

Le 21 mai, s'étant levée pour aller à la garde-robe, elle perd tout à coup l'usage du bras gauche et de la jambe du même côté, sans symptômes précur-

---

(1) Recueillie par M. Garnier, élève en médecine.

seurs, sans perte de connaissance. Incapable de se soutenir, elle fait une chute, et l'on est obligé de la transporter dans son lit, où elle présente à l'observation les phénomènes suivans :

Les pommettes sont colorées, les traits altérés, la peau est chaude; il y a immobilité presque entière du bras et de la jambe gauches, conservant encore leur sensibilité; le bras et la jambe du côté opposé exécutent bien leurs mouvemens; le décubitus a lieu sur le dos.

La respiration se fait librement, la toux est peu vive, les crachats sont naturels. La langue est humectée, la bouche non amère; la malade a de l'appétit; elle n'éprouve aucune douleur dans l'abdomen, qui est souple, et paraît ne point offrir d'altération dans les organes qu'il contient; point de céphalalgie; somnolence continuelle.

(*Orge émétisée, sinapismes, lavemens irritans.*)

Le 8 juin, la malade est plus affaissée, les mouvemens des membres affectés sont devenus plus gènés; du reste, rien de remarquable.

Le 9, décubitus sur le côté droit; la tête, emportée par son propre poids, se penche sur le thorax; les yeux sont ternes et larmoyans, la peau est froide, le pouls est petit, irrégulier; l'immobilité du bras et de la jambe gauche est absolue.

Le 10, les symptômes sont aggravés; la malade semble ne plus entendre, et ne répond plus aux questions qui lui sont adressées; les lèvres resserrées s'écartent brusquement par l'action de l'air expiré,

pour se refermer aussitôt; ce qui donne lieu à cet état désigné par l'expression de *fumer la pipe.*

Le pouls est insensible.

Mort le même jour.

Ouverture du corps.

Etat extérieur. Coloration de la face; teinte jaunâtre du tronc et des extrémités.

Tête. Les méninges n'offrent rien de remarquable; le cerveau, dont la consistance générale n'a point changé, est très injecté; on découvre un ramollissement de la largeur d'une pièce de cinq francs, à la partie moyenne et antérieure du lobule antérieur du lobe droit; la substance ramollie est convertie en une couleur d'un *roux foncé.* Epanchement sanguin circonscrit, d'un pouce environ d'étendue, occupant le lobe gauche au milieu de sa couche optique, qui a entièrement perdu sa consistance. Les ventricules sont distendus par la sérosité. Le cervelet est sain.

Thorax. Poumons splénisés à leur partie postérieure; forte adhérence de la plèvre costale avec la pulmonaire. Les glandes bronchiques sont noires et calleuses, le cœur est développé, les parois en sont très épaissies.

Abdomen. La membrane interne de l'estomac et du duodénum est enduite de mucosités, et présente un aspect noir et fongueux. Les autres intestins sont remplis d'une matière jaunâtre d'une consistance moyenne dans toute leur étendue.

La moelle de l'épine n'a pas été visitée.

XXXIV[e] OBSERVATION (1).

Ramollissement consécutif.

Geneviève d'Arsigny, âgée de 77 ans, bien conformée, d'une forte constitution, entra à l'infirmerie le 5 juillet 1820; l'année précédente, elle avait réclamé des soins pour une paralysie du côté droit, qui avait laissé beaucoup de lenteur dans les mouvemens; depuis plus d'un mois, elle était devenue taciturne, se plaignant d'anxiétés précordiales, de difficulté de respirer, au point d'être parfois comme suffoquée.

A l'examen du médecin, la malade répond d'une manière très obscure aux questions qui lui sont faites; son intelligence semble très obtuse; elle se plaint d'engourdissement du côté droit; les autres fonctions paraissent régulières.

(On applique un *vésicatoire à la nuque. Crême de tartre dans une décoction d'orge.*)

Cet état demeure long-temps stationnaire; madame d'Arsigny prend des alimens, ne profère jamais aucune plainte : on ne fixe plus son attention sur elle. Cependant la paralysie faisait des progrès, tout le côté droit était atrophié, les extrémités de ce côté s'infiltraient.

Le 4 septembre, au matin, décubitus sur le dos;

---

(1) Par M. F[tin] Calmeil.

bras pendans sur les côtés, chaleur mordicante à la peau, profonde stupeur; yeux ternes, sans expression; point de réponses; on dirait que la malade écoute, nul signe d'audition. Pâleur de la face, traits livides, contractés; lèvre inférieure pendante, tremblante; gencives fuligineuses; langue noire, sèche. Point de signe de douleur par la pression abdominale; à chaque moment, petite toux, grands efforts d'inspiration, puis sortie éclatante de l'air, comme quand un corps a voulu s'introduire dans le larynx. Haleine infecte, râle, suffocation imminente; frémissemens du cœur, petitesse et intermittence du pouls; de temps à autre, efforts pour se mettre sur le séant.

Le 5, position désespérée, la respiration est calme, point de râle ni plaintes, pouls petit, irrégulier; déjections involontaires. Mort.

Examen du corps.

Enveloppe du cerveau naturelle; affaissement, boursouflure dans les circonvolutions de l'hémisphère du côté droit. Partie moyenne et supérieure des couches corticales du lobe postérieur du côté gauche, laissant voir, avant toute section, une apparence de ramollissement, de désorganisation; bientôt le bistouri tombe sur la place d'un ancien épanchement, de plus de dix lignes de largeur, et se prolongeant jusqu'au voisinage du ventricule moyen. La partie la plus postérieure et la plus déclive du

même lobe, sur la tente du cervelet, dans les circonvolutions, présente une altération en tout analogue, elle est traversée par quelques brides rayonnées. Le lobe postérieur droit, aussi dans son point le plus déclive, laisse voir la substance grise, sans consistance, sans liaison, comme un mucus; un pouce plus loin, l'altération semble diminuer; on aperçoit une teinte orangée, rosée; petite cavité dans la couche optique droite; défaut de solidité du cervelet. Mucus blanchâtre des intestins grêles, état de phlogose de leur membrane; adhérence des plèvres costales aux poumons et au péricarde; poumons accolés à cette dernière enveloppe; union étroite du péricarde épaissi et du cœur; cœur rugueux, présentant des morceaux de fausses membranes; état comme graisseux des parois de l'oreillette droite, dilatation de cette cavité; ossification de l'origine de l'aorte.

Nous ne saurions aller plus loin, sans nous arrêter à une question importante, agitée par quelques auteurs: quel rapport y a-t-il entre le ramollissement du cerveau et l'épanchement sanguin? Lorsqu'il y a épanchement et ramollissement, est-ce l'épanchement qui a précédé le ramollissement, ou l'inverse? Sans entrer dans la discussion des opinions adoptées par les écrivains à ce sujet (1), ce qui nous mènerait

(1) Je renvoie le lecteur à ce que dit M. Rochoux, page 89. Je me félicite de voir mes opinions cadrer souvent avec les siennes; rien ne prouve mieux qu'elles sont le résultat de l'observation exacte des faits; mais je crois

trop loin, je vais me borner à dire ma façon de penser. Je crois que le ramollissement du cerveau est une maladie primitive, dans le plus grand nombre des cas; que cette altération favorise singulièrement l'épanchement sanguin: on conçoit, en effet, que les vaisseaux, n'étant plus aussi soutenus que par la substance cérébrale saine, peuvent plus facilement se rompre, et donner lieu à l'épanchement. Cependant je ne pense pas qu'il doive le précéder dans tous les cas. Celui-ci a lieu sans ramollissement primitif; mais il peut aussi le produire. Je dirai plus bas comment je conçois sa formation, *et à quels signes on peut reconnaître que le ramollissement a été primitif ou consécutif.*

XXXV[e] OBSERVATION (1).

Cancer et ramollissement du cerveau.

Marie Gérard, âgée de 62 ans, sujette à s'enivrer, surtout avec des liqueurs alcoolisées, avait présenté, pendant le cours de sa vie, plusieurs époques où sa raison paraissait altérée, ce qui avait donné lieu à quelques actes d'extravagance, mais rares et de courte durée : elle se plaignait depuis quelque temps de céphalalgie, et même délirait parfois, lorsque le 16 jan-

---

avoir confirmé par des exemples ce que sa sagacité lui avait fait conjecturer dans quelques circonstances. *Voyez* aussi page 180, etc.

(1) Par M. le docteur Pinel fils.

vier elle éprouve, dans son dortoir, des vertiges, avec délire, vomissement des alimens.

Le 17 janvier, entrée à l'infirmerie.

Le 18, altération des traits de la face, qui offre une couleur jaunâtre, distorsion de la bouche du côté droit, paralysie des membres droits; pouls petit et mou, respiration longue et plaintive; langue blanchâtre, soif, constipation. Les fonctions intellectuelles sont entièrement dérangées; le délire est continuel, et remarquable, en ce qu'elle répète automatiquement les mots et les phrases qu'on lui adresse ou qu'elle entend autour d'elle: elle rapporte à la partie antérieure de la tête, le sentiment d'une douleur très vive et *lancinante* : l'émission des urines est involontaire. La nuit, agitation continuelle avec cris aigus, point de sommeil; la pupille est très sensible à l'action de la lumière. Ces symptômes persistent pendant vingt-trois jours, à peu près dans le même degré d'intensité.

Le 11 février, la face est plus altérée; il n'y a plus de cris ni d'agitation pendant la nuit; elle ne répète plus ce qu'elle entend dire autour d'elle; coma profond, respiration plaintive, déjections involontaires.

Le 18, elle va elle-même à la garde-robe; elle semble aller un peu mieux, la jambe gauche s'infiltre.

Le 25, la face est terreuse, décomposée; si l'on remue son bras droit ou ses membres droits, elle pousse des cris très aigus; le pouls est petit, fréquent, concentré; la respiration luctueuse, chaleur âcre à la peau, coma.

Le 7 mars, l'infiltration de la jambe gauche a totalement disparu; elle pousse des cris très forts dès qu'on la remue un peu; la face est *jaunâtre* et terreuse, sueur visqueuse et froide, partielle; le côté droit est entièrement paralysé; les deux pupilles conservent leur mobilité jusqu'au dernier moment; la respiration est stertoreuse; le pouls presque insensible, irrégulier.

Le 8, mort.

Ouverture du corps.

Extérieur. Teinte jaunâtre de la peau, marasme.

Tête. Crâne peu épais.

Dure-mère et arachnoïde injectées.

CERVEAU. *Hémisphère gauche.* Les circonvolutions paraissent effacées à l'extérieur vers la partie moyenne supérieure de la face externe. La première incision fait voir que tout cet hémisphère est ramolli. A la partie supérieure moyenne et un peu au-dessous de la substance corticale, petit noyau jaunâtre, granulé. A la partie antérieure, dans le corps strié, tumeur cancéreuse de la grosseur d'une noix, comprimant le ventricule. Alentour, la substance cérébrale est plus désorganisée. Tout cet hémisphère est mollasse, présente à chaque coupe une surface luisante comme vernissée.

Hémisphère droit. Sain et consistant dans ses trois quarts antérieurs; injecté vers la partie postérieure inférieure. Tumeur cancéreuse de la grosseur d'une noisette; désorganisation pultacée de substance cé-

rébrale alentour. En comparant les deux hémisphères, on voit que la substance médullaire est beaucoup plus développée du côté gauche que du côté droit. Cervelet très volumineux.

THORAX. *Poumon droit.* Phthisie tuberculeuse, mélanose, tumeur squirrheuse à la partie postérieure et supérieure.

Poumon gauche. Sain.

Péricarde. Sérosité. Cœur naturel.

Abdomen. Estomac sain : le canal intestinal est phlogosé par intervalles. Utérus très petit, sain.

Les autres organes n'offrent rien de remarquable.

XXXVIe OBSERVATION (1).

Cancer avec ramollissement d'une partie du cerveau.

La nommée Rully, femme Rolland, âgée de 71 ans, marchande, d'une faible constitution et d'un tempérament sanguin-lymphatique, ayant actuellement très peu d'embonpoint, n'a eu jusqu'à cette époque que de très légères indispositions, toujours accompagnées de maux de tête, depuis l'âge de 20 ans environ, et de douleurs dans tous les membres.

La menstruation a toujours été très régulière pendant sa durée, et fut suivie d'un léger écoulement qui persiste encore, et pour lequel elle entra à la Salpêtrière le 18 février 1819.

L'invasion de la dernière maladie qui l'obligea à

(1) Par M. Bourcsche.

venir aujourd'hui réclamer les secours de l'art, a eu lieu subitement le 19 ou 20 septembre 1820, sans aucune perte de connaissance, par une faiblesse survenue tout à coup *dans la jambe gauche*, et une démangeaison très forte et générale, se faisant toutefois particulièrement sentir dans les membres abdominaux, ainsi que des pesanteurs dans la tête. La vue alors devint obscure et s'affaiblit de jour en jour; la paralysie des jambes survint, la parole s'embarrassa.

État actuel, 7 octobre 1820.

Les traits de la face sont peu altérés, la chaleur de la peau est naturelle, sa couleur semble être d'un jaune paille. *De violentes douleurs lancinantes dans tout le côté droit de la tête se font sentir;* les mouvemens de la jambe gauche sont lents; il y a contraction des muscles de cette partie. La malade, malgré tout, conserve une parfaite intelligence, et répond à toutes les questions qu'on lui adresse. Le pouls est naturel, la respiration libre, la langue légèrement rouge, l'appétit un peu augmenté, la soif nulle, ainsi que les nausées, le ventre généralement indolent, les selles et les urines sont tout-à-fait libres et ordinaires. Le sommeil n'est pas essentiellement troublé.

(Traitement : *orge miellée, crême de tartre, vésicatoire à la nuque.*)

Cet état persiste jusqu'au 29 octobre 1820.

Le 30, les douleurs de tête diminuent, les mou-

vemens du bras et de la jambe du côté gauche se font avec plus de facilité.

Le 31, jusqu'au 10 novembre, l'amélioration des symptômes semble augmenter. La malade, interrogée sur le siége de sa douleur, porte le bras droit à la partie supérieure droite du crâne ; elle peut également, mais avec beaucoup plus de lenteur, y porter le gauche.

Le 11 novembre, la jambe gauche devient de nouveau douloureuse. Les douleurs restent stationnaires et supportables jusqu'au 6 janvier 1821.

Le 7, la malade reçoit une somme d'environ 10 à 15 francs, qui peut l'aider à se procurer quelques petites douceurs, et donne une quittance à la personne, qui, aussitôt après, lui enlève cette modique somme, toute sa possession. Tout à coup une tristesse profonde s'empare de cette femme, un abattement général des forces survient; les traits de la face s'altèrent et se décomposent; le bras et la jambe gauche deviennent immobiles ; la malade garde un silence profond, quoiqu'elle semble encore entendre ce qu'on dit. Toutes les fonctions s'exécutent avec peine.

Le 8, la malade a tout-à-fait perdu l'intelligence ; tous les symptômes augmentent d'intensité, l'agonie se manifeste, et enfin la mort l'enlève.

Ouverture du corps, le 11 janvier 1821, *à dix heures du matin.*

Maigreur générale, peau décolorée.

Tête. Les membranes ne présentent rien de particulier ; le lobe droit du cerveau est déprimé de trois ou quatre lignes ; au-dessous de cette dépression, on remarque un ramollissement considérable de tout le lobe moyen et d'une partie du postérieur jusqu'à la moitié du corps strié ; il entoure une portion plus dure, granulée, plus tenace, d'une couleur grisâtre et d'un aspect lardacé, présentant en un mot tout-à-fait l'état carcinomateux. Ce lobe est, en général, moins dur que le gauche, qui paraît avoir conservé sa consistance naturelle.

Le cervelet et la moelle épinière sont sains.

Thorax. Des adhérences anciennes existent entre la plèvre costale et la pulmonaire. Les poumons sont d'une couleur rosée ; le tissu de ces organes présente un aspect particulier qu'il est difficile de décrire. Le cœur paraît sain.

Les parois de la vésicule, laquelle contient un amas considérable de petits calculs, formant à peu près par leur réunion le volume d'un petit œuf, sont d'une couleur noire et paraissent être complètement désorganisées ; mais à leur place, des adhérences avec une partie du foie, de l'estomac, du pylore, du duodénum et du colon transverse, semblent protéger cette multitude de calculs, adossés les uns contre les autres.

Les autres organes contenus dans l'abdomen, paraissent tout-à-fait dans l'état naturel, à l'exception de l'utérus, dont le tissu a changé en couleur pâle.

La femme qui fait le sujet de cette importante observation, existait encore lorsque je lus dans un

ouvrage nouveau, que la paralysie ne commençait jamais par les extrémités inférieures, si la maladie avait son siége dans le cerveau. J'avouerai que je fus étrangement surpris de eette assertion, qui me parut une hérésie médieale. J'étais convaincu que j'avais souvent observé des malades ehez lesquels la paralysie avait eommeneé par les extrémités inférieures, bien que l'altération eût son siége dans l'eneéphale ; et la femme Rolland, dont on vient de lire l'histoire, me paraissait dans ee eas. Voiei le raisonnement qui me conduisait à penser que la lésion devait avoir son siége dans le eerveau : Si l'altération est dans la moelle épinière, elle doit être assez peu eonsidérable pour ne détruire que la moitié de cet organe ; or il est difficile de eoneevoir une désorganisation qui n'aurait que trois lignes d'étendue. A supposer qu'elle existât, elle serait si voisine de la partie saine, qu'elle devrait influeneer son aetion. D'ailleurs, pour peu qu'il y eût de gonflement, la moelle, qui est étroitement renfermée dans le eanal vertébral, ne tarderait pas à éprouver une compression telle, que la paraplégie en résulterait. C'est, en effet, ce que l'expérienee démontre. Dans les paraplégies, un eôté peut être d'abord plus paralysé que l'autre, mais eelui-ei ne tarde pas à le devenir. C'est done dans le eerveau, disais-je, qu'il faut plaeer la lésion qui donne lieu à la demi-paraplégie. On voit que l'autopsie a parfaitement confirmé ce diagnostie. Pour que la lésion soit dans la moelle épinière, il faut que la paralysie soit double, ainsi que nous le dirons

bientôt. Mais comment se fait-il que l'altération étant dans le cerveau, la jambe soit paralysée sans que le bras le soit? Cela cesse d'être une difficulté, ce nous semble, si l'on considère que ce ne doit pas être la même portion du cerveau qui préside à tous les mouvemens. Il est impossible, ainsi que nous l'avons déjà dit, que deux choses différentes se passent en même temps dans le même point. Or, s'il est prouvé qu'on peut mouvoir séparément la jambe et le bras, et qu'on peut les mouvoir ensemble, il faut nécessairement admettre que deux portions du cerveau sont chargées des mouvemens de l'une et de l'autre, et que l'une peut être malade sans l'autre. Ce principe est incontestable; c'est basés sur lui que MM. Delaye, Foville et Pinel-Grandchamp, se sont livrés à d'intéressantes recherches pour déterminer quelles étaient les parties de l'encéphale qui présidaient aux diverses fonctions. Nous ferons connaître incessamment cet estimable travail. Nous pouvons dire par anticipation que l'observation que je viens de citer, confirme pleinement leurs opinions.

XXXVIIe OBSERVATION (1).

Ramollissement du cerveau avec complication de tumeur fongueuse de la dure-mère, et d'épanchement de sang dans la protubérance annulaire.

Marie-Joseph Chenu, fille, ouvrière en linge, âgée de 70 ans, douée d'une bonne constitution et d'un tempérament sanguin, éprouva dans son enfance quelques maladies, dont elle ne se souvient plus. Sa mémoire est tellement affaiblie, qu'elle n'a pu me dire ni l'âge auquel elle a été réglée, ni l'époque à laquelle elle a cessé de l'être. Son intelligence cependant est encore assez libre pour répondre juste aux questions qu'on lui adresse. Au rapport des personnes qui l'entourent, elle éprouve depuis huit jours une tendance toute particulière au sommeil, des étourdissemens fréquens, et des douleurs dans le bras et la jambe du côté droit, qui est le siége d'une assez grande faiblesse, suite d'une apoplexie dont la malade a été affectée il y a quelques années; elle ressent aussi depuis long-temps tous les symptômes qui caractérisent une maladie du cœur, tels que des palpitations, de la gêne dans la respiration au moindre exercice, et surtout en hiver, lorsque le froid se fait sentir pendant quelques jours. Ces incommodités n'ont point diminué le grand appétit dont elle jouit habituellement. Ce fut après avoir déjeuné, mardi

(1) Par M. Droullin.

26 juin, qu'elle se sentit indisposée; elle pâlit et perdit presque connaissance; ses amies la portèrent dans son lit et lui firent prendre du vinaigre, ce qui fut suivi de plusieurs vomissemens; on lui donna aussi un lavement, qui procura des selles abondantes. Le matin, des fourmillemens et des douleurs s'étaient fait sentir plus fort que de coutume dans les membres du côté droit; les mouvemens étaient devenus plus difficiles; et si l'on en croit la malade, c'était depuis cette époque que la pupille du côté gauche était devenue immobile, et qu'elle avait cessé d'y voir.

28. Aujourd'hui le bras du côté droit ne peut pas être porté à la tête; des douleurs semblables à des crampes violentes ont lieu, à chaque minute, dans les membres paralysés, et arrachent des cris à la malade, sans qu'elle éprouve de douleurs dans aucun point de la tête; elle assure même ne pas en avoir ressenti. La langue est rouge, la bouche amère; il y a soif et appétit, le ventre n'est pas douloureux, les selles et les urines sont libres, le pouls est irrégulier et fréquent, la peau n'est pas très chaude, les battemens du cœur sont très étendus. (Prescription : *orge miellée et acidulée avec la crême de tartre; cataplasme avec moutarde, quatre onces.*)

29. Les sinapismes n'ont produit aucune amélioration. Aujourd'hui, l'œil du côté gauche est fermé à moitié, la pupille est toujours immobile et peu dilatée, le bras droit est contracté, demi-fléchi, la jambe du même côté est engourdie, la bouche très

légèrement tirée à gauche, la parole embarrassée, la langue un peu rouge sur les bords, sale au milieu, la bouche est un peu amère et pâteuse, le ventre n'est point douloureux, les selles sont libres, le pouls est irrégulier, intermittent.

30. L'œil est toujours fermé, la pupille immobile, la bouche un peu tirée du côté gauche; le bras continue d'être douloureux, mais il n'est plus contracté; la malade demande à manger; au reste, mêmes phénomènes.

2 juillet. Les traits s'altèrent, la parole devient de plus en plus embarrassée, la paralysie fait des progrès, la bouche est plus contournée; la malade ne peut bientôt plus articuler de sons; l'œil du côté gauche est fermé, mais la pupille est aussi dilatée que celle du côté droit; le pouls est irrégulier, et les battemens du cœur tumultueux.

3. La tête de la malade est penchée du côté paralysé; les traits sont profondément altérés, l'œil gauche est complètement fermé, la malade ne répond plus, n'entend plus; il y a résolution des membres torachiques, qui, soulevés et abandonnés à leur propre poids, retombent comme des masses inertes; la bouche est remplie de mucosités, la respiration est accélérée, le pouls fréquent, irrégulier, les battemens du cœur toujours tumultueux; la pression sur l'abdomen ne cause aucune sensation de douleur, les selles sont libres. (*Vésicatoires aux jambes.*)

4. La malade est dans un coma profond, les traits

sont altérés, la tête portée en arrière, les yeux fermés, la pupille du côté gauche beaucoup plus contractée que celle du côté opposé, les bras sont toujours dans un état de résolution parfaite; toute sensibilité externe est éteinte; la respiration est laborieuse, le pouls petit, irrégulier, intermittent; les battemens du cœur tumultueux. (*Les vésicatoires n'ayant pas pris, on les prescrit de nouveau.*)

5. Aujourd'hui, la respiration n'est plus stertoreuse; mais on observe un accablement très prononcé; il n'existe plus aucune sensibilité; la tête continue d'être portée en arrière, les yeux sont fermés, les pupilles immobiles et inégalement dilatées; le membre abdominal du côté gauche peut encore exécuter quelques légers mouvemens, le pouls conserve le même état, les vésicatoires n'ont pas pris. (*Essayer de les faire prendre.*)

6. Hier, vers midi, la gravité des symptômes, déjà très prononcée le matin, a augmenté, et à trois heures et demie la malade a cessé de vivre.

Ouverture du corps.

Le crâne avait des adhérences intimes avec la dure-mère; les vaisseaux qui se ramifient sur cette membrane, étaient remplis de sang. En enlevant la dure-mère, on a trouvé à sa face interne correspondante à la partie postérieure de l'hémisphère gauche, une tumeur grosse comme une petite noix, de couleur rouge, granuleuse, et de consistance cérébriforme, qui avait produit une dépression dans le

cerveau. Un peu plus postérieurement encore, et dans le même lobe, on a rencontré une fausse membrane avec entrecroisement de quelques fibres; la substance cérébrale un peu jaune, c'était la trace d'un ancien épanchement. A la partie postérieure du ventricule latéral, existait un point mou, qui ressemblait à de la bouillie, et dont le pourtour offrait une couleur rose. Plusieurs autres traces légères d'épanchement ont été trouvées dans la substance blanche. La protubérance annulaire était le siége d'un nouvel épanchement léger et circonscrit.

Poitrine. Les poumons étaient sains; le cœur était considérablement augmenté de volume et d'épaisseur, la courbure de l'aorte présentait une dilatation assez considérable, les valvules aortiques commençaient à s'ossifier, l'aorte descendante offrait plusieurs larges ossifications.

Abdomen. L'estomac offrait vers le pylore la trace d'une légère phlegmasie; les intestins et les autres organes étaient parfaitement sains.

XXXVIIIe observation (1).

Pleuropneumonie et ramollissement présumé du cerveau.

Le Mercier (Marie), âgée de 67 ans, a été réglée à 17 ans et demi, mariée à 20, veuve et sans enfans à 40.

---

(1) Recueillie par M. Bardin, élève interne de première classe.

Elle entre à l'infirmerie le 29 janvier 1819, se plaignant depuis trois jours d'une douleur profonde au côté gauche de la poitrine, n'augmentant pas sensiblement par le toucher, mais beaucoup dans les momens d'inspiration. Toux rare, sans expectoration; figure colorée, et particulièrement les pommettes; langue blanche et humide à sa base, rouge et sèche à sa pointe et sur ses bords. Ventre souple et nullement douloureux. Peau chaude et plus sèche qu'humide, fièvre avec paroxysme le soir. Soif, constipation. Ces symptômes sont survenus, au rapport de la malade, à la suite d'une diarrhée qu'elle avait depuis trois semaines, et qui s'est supprimée tout à coup. Elle dit n'être pas sujette à étouffer en hiver.

(Prescription de *six sangsues au côté gauche; gomme, sirop de gomme, julep simple, lavement émollient.*)

Il est bon de noter que Le Mercier *a le bras droit contracté et qu'il ne peut exécuter aucun mouvement, mais elle y éprouve de la douleur lorsqu'on le pince.* Cette impossibilité dans l'exercice des mouvemens, paraît se borner au bras, les membres inférieurs n'y participant pas. Au rapport d'une femme de son dortoir, qui dit l'avoir connue particulièrement, *il paraîtrait que la perte du mouvement du bras droit a été précédée d'engourdissement ou de fourmillement dans la main, l'avant-bras, et ensuite le bras.* Elle pouvait encore remuer le membre, mais les doigts saisissaient difficilement les objets. Cet engourdissement augmenta peu à peu, et finit

par disparaître; mais alors l'avant-bras était légèrement contracté sur le bras, et celui-ci sur le tronc, et ce membre dans l'impossibilité de remplir aucune fonction. Je n'ai pu avoir d'autres détails, et l'on n'a su préciser ni l'époque à laquelle l'engourdissement avait commencé, ni celle à laquelle il avait disparu. Je reviens à la péripneumonie.

Le lendemain de l'entrée de la malade à l'infirmerie, lèvres et langue noires, altération des traits de la face, toux douloureuse, expectoration sanguinolente; pouls petit, accéléré, irrégulier.

Le troisième jour, augmentation des symptômes adynamiques; la malade ne crache plus, la respiration est stertoreuse.

Mort le quatrième jour.

Ouverture du cadavre.

Hépatisation de la presque totalité du poumon gauche. Épanchement dans la cavité thorachique de quelques flocons albumineux; rudimens de fausses membranes. Cœur sain; un peu de sérosité dans la cavité du péricarde.

Rien de remarquable dans l'abdomen.

Tête. Aucune altération dans les membranes du cerveau. Celui-ci offre une consistance assez prononcée, ses circonvolutions sont très marquées. Il n'en était pas de même du cervelet, qui offrait un aspect fort singulier; toute la circonférence était diaphane et d'un blanc d'opale. On voyait à la partie infé-

rieure du lobe droit, près de la protubérance annulaire, un enfoncement très prononcé, produit par une exostose qui occupait la partie correspondante de l'os pierreux du temporal et de la portion de l'occipital qui s'articule avec elle. Cette tumeur osseuse, dont la circonférence était de quatre pouces à peu près, offrait une forme arrondie et faisait une saillie de cinq à six lignes. La portion du cervelet qui reposait sur cette tumeur osseuse présentait l'enfoncement dont j'ai parlé, et était *très ramollie*.

Il serait curieux de savoir si cette femme avait eu quelques maladies syphilitiques; mais les recherches faites sur le cadavre même, et les renseignemens pris auprès de ses compagnes n'ont rien appris.

XXXIX[e] OBSERVATION (1).

Péripneumonie et ramollissement simulant l'apoplexie.

Marie Vendat, âgée de 62 ans, d'une constitution éminemment pléthorique, est entrée le 2 janvier à l'infirmerie, pour se faire traiter d'un catarrhe pulmonaire, accompagné d'une grande difficulté de respirer. On pratiqua une saignée copieuse, qui fut suivie d'une prompte amélioration; mais elle ne fut pas de longue durée, car, dès le lendemain, la malade prit une trop grande quantité de nourriture,

(1) Par M. Jeanton.

qui lui causa une forte indigestion. Les accidens se dissipèrent peu à peu, à l'aide de la diète, des boissons rafraîchissantes; et quelques jours après, madame Vendat était parfaitement convalescente, lorsqu'elle s'exposa pendant fort long-temps à un air très froid. Elle éprouva tout à coup des frissons et une douleur très vive au-dessous du sein droit. Un élève appliqua sur l'endroit affecté un sinapisme, qui ne soulagea pas la malade. Le lendemain elle présenta à la visite les symptômes suivans :

Douleur de côté profonde, qui n'augmentait presque pas par la pression, ni par l'inspiration; respiration difficile, toux fréquente, crachats mêlés de sang, son mat du côté droit; décubitus sur le même côté. La peau était chaude, le pouls fréquent, développé; la bouche amère, la soif vive, l'appétit nul, la langue chargée d'un enduit blanchâtre, les nausées fréquentes, des vomissemens avaient lieu sans efforts. Cette circonstance, jointe au peu de douleur qu'éprouvait la malade par la pression de l'épigastre, fit présumer que la gastrite était très légère. D'un autre côté, la péripneumonie était tellement caractérisée par la réunion de tous les symptômes qui lui sont propres, qu'il fut impossible de méconnaître le principal siége de l'affection. On prescrivit une saignée, qui ne produisit aucune amélioration; le lendemain tous les symptômes avaient augmenté d'intensité, le pouls était plus vibrant, la dyspnée plus grande, la douleur de côté plus vive, l'expectoration plus difficile. On pratiqua une nouvelle saignée, qui soulagea

beaucoup la malade, et huit jours après elle était convalescente de sa fluxion de poitrine, lorsqu'il se manifesta une infiltration générale. Comme elle survint tout à coup après des saignées copieuses et réitérées, on pensa qu'elle était probablement due aux émissions sanguines, et qu'elle ne dépendait point, comme cela arrive ordinairement, d'une lésion organique. Cette infiltration faisait tous les jours de nouveaux progrès; en même temps le pouls était vibrant, irrégulier; la face devenait pâle, les traits se décomposaient. Ces symptômes firent présager à M. Rostan une affection grave, et ses craintes ne tardèrent pas à se réaliser. Le lendemain cette malade, qui s'était levée, et qui s'était promenée seule pendant qu'on faisait son lit, éprouva tout à coup une hémiplégie du côté gauche. Elle remuait encore un peu la jambe, mais les mouvemens du bras étaient tout-à-fait impossibles, et la sensibilité entièrement anéantie. L'excrétion des urines et des matières fécales était involontaire, la respiration râleuse, le coma profond. Tous ces symptômes augmentèrent dans le cours de la journée, et le lendemain la malade succomba un instant avant la visite.

L'invasion subite de la paralysie, avant laquelle on n'avait observé ni douleur de tête, ni désordre dans l'intelligence, ni aucun des symptômes du ramollissement du cerveau, fit présumer qu'on trouverait un épanchement sanguin dans l'hémisphère droit.

Autopsie. Arachnoïde infiltrée de sérosité.

Les circonvolutions sont boursouflées vers la partie latérale et postérieure de l'hémisphère droit du cerveau. Elles sont à leur surface d'une couleur rouge-brunâtre. Lorsqu'on les incise profondément, on rencontre cette même altération jusqu'au ventricule, qui est rempli de sérosité trouble. Le tissu du cerveau, dans toute cette partie colorée, est encore injecté. Il y a commencement de ramollissement, ou plutôt toute cette partie offre l'aspect d'un effort hémorrhagique avorté. La couche optique du même côté présente cette altération dans presque toute son étendue, ainsi que la partie postérieure du corps strié. L'hémisphère gauche, sain dans la plus grande partie de son étendue, offre, à la partie la plus reculée de son lobe postérieur, à deux lignes de la superficie du cerveau, une petite cavité, du volume d'un pois, remplie de pus jaune.

Cœur volumineux. Le lobe supérieur du poumon droit présente une hépatisation dont la résolution commence à s'opérer. Il est un peu adhérent à la partie antérieure. Le poumon gauche, œdémateux, offre des adhérences anciennes plus étendues.

L'estomac très ample est sain, ainsi que tous les viscères de l'abdomen. Infiltration des membres inférieurs.

XLe OBSERVATION.

Entérite et ramollissement cérébral.

Rosalie, âgée de 65 ans, petite, mais assez forte, et d'un tempérament sanguin, languissait depuis

quelque temps dans un état incertain de santé; elle se plaignait de douleurs abdominales, vagues, et d'une céphalalgie assez vive. Elle avait réclamé les secours de la médecine; on lui avait conseillé des moyens doux, mais qui, n'agissant pas assez vite à son gré, l'obligèrent à consulter une herboriste fameuse du quartier, laquelle lui vendit fort cher, comme de raison, une bouteille remplie d'une drogue *excessivement noire:* c'est tout ce qu'on a pu savoir sur ce poison, sans doute composé de purgatifs énergiques, si l'on en juge par l'effet qu'il produisit, et par le désir où était depuis long-temps la malade d'*être purgée.* Rosalie éprouva une violente superpurgation; elle avait d'abondantes et fréquentes évacuations, lorsqu'on l'amena à l'infirmerie dans un abattement extrême. Les traits de la face étaient altérés, décomposés; la langue sèche, la soif vive, la bouche amère, avec envie de vomir.

L'épigastre et l'abdomen étaient le siége d'une douleur si vive, que la moindre pression était intolérable, les déjections étaient suspendues; la peau était chaude et sèche, le pouls fréquent, peu développé. Il existait un état de stupeur remarquable, et une céphalalgie très vive. Les gommeux, les mucilagineux, par haut et par bas, les sangsues, les épithèmes émolliens, la diète et le repos furent prescrits. Mais les symptômes, au lieu de diminuer d'intensité, ne firent qu'augmenter de violence; et vers le cinquième jour, sans que la malade s'en plaignît, à cause du délire qui avait fait aussi des progrès,

on s'aperçut que le bras droit, un peu violacé, avait beaucoup de peine à se mouvoir; lorsqu'on voulait le soulever, la malade poussait des cris. Cet état fit des progrès rapides jusqu'à la mort, qui arriva le dixième jour.

Les circonvolutions du lobe antérieur gauche furent trouvées rosées, et le corps strié de ce côté était réduit en bouillie.

Les intestins étaient dans un état général d'inflammation.

CHAPITRE IV.

Durée de la maladie.

Rien n'est peut-être plus difficile à fixer que la durée des maladies. L'invasion en est souvent obscure, et la terminaison insensible et peu déterminée. On ne sait pas au juste quand elles commencent ni quand elles finissent. La terminaison fatale de celle qui nous occupe ne laisse malheureusement aucune incertitude sur l'époque où elle a lieu. Il n'en est pas de même de l'invasion : faut-il la fixer au moment où la paralysie frappe le malade avec plus de violence (1)? ou doit-on la faire remonter jusques à l'instant où se sont manifestées les premières atteintes de l'affection? Cette distinction est très importante pour le diagnostic, la durée de cette maladie devant servir, concurremment avec les autres phénomènes qui lui sont propres, à la faire distinguer d'une foule d'affections qu'on pourrait confondre avec elle. Quoi qu'il en soit, nous allons examiner la durée des phénomènes précurseurs; et celle de la maladie lorsqu'elle est bien prononcée.

La durée des phénomènes précurseurs (première période) varie depuis quelques jours seulement,

(1) Je penche pour l'affirmative, quoiqu'il y ait commencement d'altération dès le moment où les signes précurseurs se déclarent.

jusqu'à quelques mois, et même plusieurs années. Cette durée doit être en rapport avec la constitution individuelle, avec l'intensité et la persistance de la cause, avec les maladies précédemment éprouvées. Si l'individu atteint de ramollissement cérébral a été frappé antérieurement d'une attaque d'apoplexie, que cette apoplexie se soit mal résolue, les phénomènes précurseurs pourront durer plusieurs années. Je puis en dire autant des aliénés, chez lesquels ces signes pourront se manifester de bonne heure, et persister pendant fort long-temps. Si une cause morale violente vient à agir sur un individu, les signes précurseurs pourront n'offrir qu'une très courte durée, au point de faire croire que l'individu n'en a pas éprouvé. Il peut arriver, même dans ce cas, que le malade, entièrement occupé du chagrin qui l'obsède, néglige de se plaindre du mal de tête ou de l'engourdissement des membres qu'il éprouve, et que ses parens ou ses amis répondent négativement si on vient à leur demander s'il a présenté quelques symptômes de maladie; ce qui ajoutera singulièrement à la difficulté du diagnostic.

Lorsque la maladie est déclarée, c'est-à-dire depuis le moment où l'individu a été frappé de paralysie jusqu'à la mort, il peut s'écouler un espace de temps plus ou moins long, depuis deux ou trois jours, jusqu'à deux ou trois mois. Sa durée cependant est, pour l'ordinaire, celle des maladies aiguës; comme la péripneumonie, elle peut se terminer le quatrième, le cinquième, ou le quinzième et vingtième jour.

Lorsqu'elle dépasse ce terme en-deçà ou au-delà, le diagnostic devient alors plus obscur. Cette maladie peut cependant passer à l'état chronique. Une foule de circonstances, telles que celles dont nous venons de parler au sujet des signes précurseurs, peuvent influer sur sa durée : l'action plus ou moins intense des causes excitantes, la constitution, l'état de santé individuel, mais surtout l'*étendue*, la *profondeur*, le *siége* de l'altération; enfin, le *traitement* plus ou moins rationnel. J'ai vu un ramollissement qui avait envahi tout un lobe, et qui fit périr la malade en deux jours. Lorsque la lésion est superficielle, elle peut durer fort long-temps. Il n'en est pas de même lorsqu'elle s'étend jusqu'à la substance blanche. Il ne faut même, dans cette substance, qu'une légère altération pour causer une mort prompte. On voit que la durée de la maladie peut servir à préciser le diagnostic, jusqu'au point de faire reconnaître si la maladie est superficielle ou profonde, étendue ou bornée.

Je ne puis donner que des conjectures touchant l'influence du traitement, sur la durée de la maladie. Cette affection se terminant d'une manière funeste, il est difficile de savoir si le traitement a pu reculer ou avancer ce terme fatal. Nul doute cependant qu'il ne puisse avoir quelque action sur sa durée. Si la nature de cette lésion est inflammatoire, par exemple, les saignées, les révulsifs peuvent en ralentir le cours ; si cette maladie est d'une nature opposée, ces moyens peuvent précipiter sa marche.

CHAPITRE V.

Fréquence de la maladie.

Le ramollissement du cerveau est loin d'être une maladie rare; je crois même (d'après le relevé de mes observations) que *c'est la lésion cérébrale la plus fréquente*. A la Salpêtrière, du moins, elle se présente plus souvent que l'apoplexie sanguine. On me demandera pourquoi cette maladie étant si commune, elle est restée si long-temps méconnue. On cessera de s'en étonner lorsqu'on saura que cette altération occupe quelquefois un si petit espace, que les personnes même à qui on l'a fait voir ne la reconnaissent pas; qu'il faut beaucoup de patience, d'attention et d'habitude; qu'il faut l'avoir vue déjà plusieurs fois, et à des degrés très prononcés, pour la reconnaître, bien souvent la couleur naturelle n'étant pas changée. Si vous ajoutez à cela que les ventricules contiennent fréquemment beaucoup de sérosité dans cette circonstance, il vous sera facile de juger qu'on a dû prendre souvent cette affection pour une *apoplexie* soi-disant *séreuse*; que, dans les cas où on n'a pas trouvé de sérosité, il a été plus aisé et plus commode de reconnaître une *apoplexie nerveuse*, que de chercher péniblement une altération de ce genre. Les coups de sang, les inflammations des méninges, ne

sont-ils d'ailleurs pas là fort à propos pour rendre raison de la mort, et empêcher une investigation laborieuse? Pour nous, depuis que nous reconnaissons cette lésion, nous n'avons plus rencontré d'apoplexie séreuse ni d'apoplexie nerveuse. Nous avons cependant vu, il y a peu de temps, une femme qui avait présenté les signes d'une maladie cérébrale, et dans le cerveau de laquelle nous ne découvrîmes aucune altération ; mais les difficultés qu'on rencontre à ouvrir le canal rachidien, nous empêchèrent de visiter l'organe qu'il renferme : cette observation doit donc être considérée comme nulle.

CHAPITRE VI.

Altérations pathologiques.

Le ramollissement varie selon le *degré de consistance* de la substance cérébrale, sa *couleur ;* le *siége*, l'*étendue* et le *nombre* des altérations. Après avoir enlevé la boîte osseuse du crâne, avoir incisé la dure-mère, on rencontre les membranes sous-jacentes infiltrées de sérosité; cette sérosité étant ordinairement contenue entre la pie-mère et l'arachnoïde, présente un aspect gélatineux, ce qui a induit en erreur la plupart des observateurs anciens, et même quelques modernes, qui ont pris cette infiltration pour de la véritable gélatine coagulée. Mais cette sérosité n'existe pas toujours, quoiqu'il soit rare qu'on ne l'observe pas. Dans ces cas fort rares, les membranes sont sèches, sans changement manifeste de couleur; quelquefois elles sont rouges, injectées. Les observations détaillées que j'ai recueillies, ou fait recueillir, indiquent rarement qu'elles aient été trouvées couvertes de suppuration, en même temps que le cerveau était ramolli. La chose peut néanmoins avoir lieu, comme il arrive de trouver la plèvre couverte de fausses membranes, lorsque le parenchyme pulmonaire est malade. (*Voyez* l'observation XXVIII[e].) On rencontre quelquefois des adhérences partielles de

ces membranes avec la partie du cerveau ramollie, comme on l'a vu dans les observations citées.

Le degré de consistance du cerveau est une qualité fort difficile à apprécier, du moins en apparence : cependant, si l'on fait attention que la compacité naturelle de la substance cérébrale est généralement bien connue des personnes qui se livrent avec assiduité aux recherches anatomiques, qu'on connaît aussi l'influence que l'âge et les températures exercent sur cette substance, que les changemens apportés par ces causes sont toujours généraux et n'altèrent pas la couleur de l'encéphale, on avouera qu'on pourra distinguer de ces modifications, un ramollissement partiel, plus ou moins étendu, unique ou multiple, avec un changement presque constant dans la couleur de la portion altérée, ou de la portion la plus voisine.

La consistance morbide du cerveau varie depuis celle de la bouillie la plus liquide, jusqu'à une fermeté approchant de celle qui est naturelle à cet organe. L'état moyen entre ces deux extrêmes est le plus fréquent. Lorsque le ramollissement est peu considérable, il est très difficile à apprécier, à moins qu'il n'y ait en même temps changement dans sa couleur, ce qui arrive souvent.

La couleur de la portion ramollie peut être jaunâtre, verdâtre, rosée, rouge, marron, lie-de-vin, et d'un blanc mat. Ces nuances peuvent se rencontrer en plus ou moins grand nombre à la fois chez le même individu. La couleur jaune-verdâtre se trouve ordi-

nairement dans les cas où le ramollissement est consécutif à une ancienne attaque d'apoplexie; c'est alors le centre du ramollissement qui offre cette couleur. La nuance rosée, plus ou moins rouge, se présente dans les cas où la maladie est primitive; c'est vers la circonférence, et surtout aux circonvolutions, qu'elle se montre préférablement. La couleur lie-de-vin n'est pas rare; elle donne au ramollissement l'aspect d'une tache scorbutique, d'une véritable ecchymose; ce doit être un effort hémorrhagique avorté. Je n'ai jamais vu cette dernière altération unique; elle est ordinairement multiple : on en verra un exemple dans les observations citées. La portion ramollie est souvent d'un blanc mat semblable à du lait; la blancheur de la substance médullaire semble être augmentée d'éclat : ce cas n'est pas rare. Telles sont les couleurs que j'ai le plus fréquemment observées : on conçoit que les nuances intermédiaires ou d'autres pourraient exister.

Le ramollissement peut être superficiel ou profond.

Les membranes étant enlevées, si la lésion est *superficielle* (ce qui arrive souvent, car si elle est profonde, elle se propage fréquemment jusqu'à l'extérieur), on trouve les circonvolutions déformées, comme boursouflées, dans un point circonscrit, ou dans la totalité d'un hémisphère, rarement dans les deux, mais toujours d'une manière plus ou moins inégale; d'autres fois, le changement de consistanee s'annonce par le changement de la couleur de la substance corticale; celle-ci, au lieu d'être d'un

gris jaunâtre, est rosée dans quelques points, et presque toujours dans la moitié seulement de l'épaisseur de la substance. Il faut être bien exercé pour distinguer ces deux nuances de la substance corticale. Lorsqu'on touche ces parties, on les trouve manifestement plus molles que celles qui ont conservé leur figure et leur couleur primitives. Si on veut les couper avec un bistouri, les arêtes que forment les segmens sont obtuses, arrondies, inégales; elles n'ont pas la vivacité, le poli de celles qu'on forme en coupant par tranches la substance saine; comparaison qu'on peut toujours faire sur le même cerveau, le ramollissement n'étant jamais général. Lorsqu'on passe le dos du scalpel, ou le manche, ou un corps obtus quelconque, sur le lieu de l'altération, on enlève ordinairement une partie de cette substance, ce qui n'a pas lieu lorsque la consistance est naturelle. Cette lésion superficielle peut être d'un jaune verdâtre. Cette couleur se rencontre en même temps que l'autre, et dans des endroits plus ramollis. Cette lésion suit les circonvolutions, s'enfonce avec elles dans leurs anfractuosités. Elle peut ne pas se propager au-delà de la substance corticale ou de la superficie de la substance médullaire. Elle peut avoir en surface deux ou trois pouces de circonférence; c'est son étendue la plus commune; occuper la moitié d'un hémisphère, ou même sa totalité.

Mais l'altération est quelquefois située plus profondément; toutes les parties de ce viscère sont ex-

posées à cette désorganisation ; les corps striés, les couches optiques en sont les plus fréquemment affectés ; après eux, la partie centrale des hémisphères (le lobule moyen) en est le plus communément le siége. Je ne l'ai pas vue souvent dans le septum médian ; cependant j'en cite une observation. M. Abercrombie paraît l'avoir rencontrée plusieurs fois dans cette partie. Enfin, le cervelet et les prolongemens cérébraux n'en sont pas exempts. Je n'ai jamais rencontré cette altération dans la moelle épinière ; mais je suis persuadé que beaucoup de paraplégies prétendues nerveuses, doivent leur existence à cette lésion.

Depuis la publication de cet écrit, des recherches ont été faites par M. Sc. Pinel, sur le ramollissement de la moelle de l'épine. Ce jeune médecin, rempli d'esprit et de moyens, a eu occasion d'observer plusieurs fois le genre de lésion dont nous annonçions ici la possibilité. Nous avons nous-mêmes rencontré cette maladie, dont nous citerons plus tard un exemple.

A ces diverses profondeurs, le ramollissement peut être plus ou moins étendu ; il peut avoir le volume d'une fève de haricot (je ne crois pas qu'il soit facile de le reconnaître lorsqu'il est moins volumineux), ou envahir une grande partie d'un lobe du cerveau. Il est inutile de dire que le terme moyen est le plus ordinaire : au reste, les limites du ramollissement sont loin de pouvoir être figurées d'une manière précise, le centre étant toujours plus ramolli que la circonférence, et celle-ci reprenant sa consi-

stance naturelle d'une manière irrégulière, indéterminée et graduelle.

Dans le plus grand nombre des cas, l'altération est unique; il est rare que les deux hémisphères soient malades : cependant cela se rencontre quelquefois; l'un l'est alors toujours plus que l'autre, et semble l'avoir été le premier. Le même hémisphère peut être ramolli à divers degrés dans plusieurs de ses points. Enfin, il arrive, comme nous l'avons déjà dit, qu'il contient une foule de véritables ecchymoses violettes, lie-de-vin, ressemblant à des taches scorbutiques, lesquelles sont répandues à diverses profondeurs de la substance cérébrale. Le ramollissement peut être uni à l'épanchement sanguin; il lui forme, dans beaucoup de cas, une espèce d'enveloppe, et quelquefois il existe dans un endroit éloigné, ce qui n'est pas commun. Il accompagne aussi le cancer du cerveau et tous les dérangemens organiques de ce viscère.

Les ventricules renferment souvent une quantité notable de sérosité, ce qui a dû détourner fréquemment l'attention des observateurs, et leur faire prendre cette maladie pour une hydrocéphale ou une apoplexie séreuse.

Les artères du cerveau sont ordinairement ossifiées lorsque cet organe est ramolli.

CHAPITRE VII.

Nature de la Maladie.

S'il est difficile de ne pas s'égarer, de ne pas se livrer aux écarts de son imagination, c'est surtout lorsqu'on veut pénétrer la nature des maladies. Qu'il est aisé de prendre des conjectures pour des réalités! Ce danger est bien plus grand encore lorsqu'on veut interroger leur cause prochaine. Mais cette prétention ne peut être que celle des esprits ambitieux et faux. En recherchant la nature de la maladie qui nous occupe, nous voulons seulement examiner dans quelle classe elle doit être rangée; est-ce une phlegmasie ou une maladie d'un caractère particulier? Efforçons-nous dans cette investigation de ne pas nous éloigner de l'observation rigoureuse des faits.

L'inflammation s'annonce par la *tumeur*, la *rougeur*, la *chaleur* et la *douleur* de la partie qu'elle affecte. Cette définition, quoique inexacte dans quelques cas, est cependant la meilleure qu'on puisse faire, et sous peine de ne plus s'entendre, et de tomber dans les misérables divagations dont nous sommes tous les jours les témoins, il faudra l'admettre comme bonne. Ce n'est pas que quelques-uns de ces phénomènes ne puissent manquer quelquefois sans qu'on puisse nier l'existence de l'inflamma-

tion ; mais on ne saurait disconvenir qu'on a poussé les exceptions si loin, qu'on a été jusqu'à reconnaître des phlegmasies là où il n'existe aucun des signes qui les caractérisent. Nous avouerons que beaucoup de raisons nous portent à croire que le ramollissement du cerveau est l'effet d'une inflammation ; 1° dans certains cas, il existe une *couleur rosée* bien manifeste qui ne peut être que le résultat d'un travail inflammatoire. On peut objecter que cette couleur rouge n'ayant ordinairement son siége qu'au pourtour du ramollissement, n'est que consécutive à cette lésion ; mais cette objection est peut-être un peu forcée. 2° Il existe souvent une *douleur* de tête fixe, qui précède la maladie. 3° La *tuméfaction* n'est guère possible dans l'intérieur du crâne ; cependant, il arrive quelquefois que les circonvolutions sont épaissies, les signes de coma sont sans doute dus autant à la compression qui résulte de cette augmentation de volume, qu'à l'altération locale de l'encéphale. 4° Pour la *chaleur*, il est impossible de s'assurer si ce phénomène existe ; mais on doit le supposer, si l'état fébrile général peut le faire soupçonner. Car bien souvent le pouls est plein, fort et fréquent, la peau chaude, la langue sèche, etc. 5° Il arrive souvent que le ramollissement se manifeste autour d'un épanchement sanguin, et qu'il lui est consécutif, ainsi qu'aux environs d'un tubercule ou d'une tumeur cancéreuse, etc. Il me paraît extrêmement probable que ce ramollissement doit être alors assimilé au travail inflammatoire que la na-

turé développe autour des lésions organiques de toute espèce, lorsqu'elles sont parvenues à un certain degré, ou bien à celui qu'elle produit autour des corps étrangers dont elle veut favoriser l'expulsion. 6° Enfin, l'obscurité qui règne encore sur l'histoire de l'encéphalite, l'ignorance où l'on est sur l'altération organique que doit laisser cette phlegmasie, peut au moins faire soupçonner que le ramollissement en peut être le résultat. On verra à l'article du diagnostic, que beaucoup de symptômes annoncent un travail inflammatoire.

Malgré toutes les raisons que nous venons de donner en faveur de la nature inflammatoire du ramollissement cérébral, nous ne saurions croire qu'il soit constamment l'effet d'une inflammation; d'abord, parce que dans le plus grand nombre des circonstances, il n'existe aucun des signes qui caractérisent cet état. La diminution de contractilité et de sensibilité, la paralysie, la stupeur, l'inertie de l'intelligenee, sont des symptômes infiniment plus fréquens que les phénomènes contraires, c'est-à-dire, que la contracture, les convulsions, les douleurs des membres, le délire. Ces derniers annoncent, sans doute, une exaltation dans les propriétés dites vitales du cerveau; mais les premiers, qui sont plus ordinaires, indiquent une altération d'une nature tout opposée; souvent il n'a point existé de douleur de tête, la eouleur de la substance du cerveau n'est nullement ehangée, il n'existe aucune tuméfaction, ni aucuns symptômes fébriles; il nous semble im-

possible alors d'admettre que ce soit une phlegmasie. Enfin, cette altération arrive chez des vieillards, et dans des circonstances entièrement opposées à celles qui donnent naissance aux phlegmasies.

On a fait récemment, dans l'intérêt d'une nouvelle doctrine, bien plus, je crois, que dans celui de la vérité, de longs travaux et de longs raisonnemens, pour prouver que la nature du ramollissement du cerveau était toujours inflammatoire. Mon intention n'est pas de faire de ce chapitre un écrit polémique; je me contenterai d'ajouter quelques propositions à celles qu'on vient de lire; mais avant d'entrer dans aucune discussion, il me semble nécessaire d'exposer la cause première de toutes les erreurs dont nous avons été témoins depuis quelques années. Cette cause est simple, elle est unique; elle consiste dans un défaut d'études premières, dont manquent certainement, et ceux qui raisonnent ainsi, et ceux qui adoptent ces raisonnemens; elle consiste dans un manque absolu de logique, et je le prouve par des exemples.

« Dans bien des cas, on a traité des gastrites pour des fièvres essentielles; donc toutes les fièvres essentielles sont des gastrites. » J'entends déjà qu'on se récrie qu'il faut mettre *toujours* et non *dans bien des cas*; mais soyez de bonne foi, il est impossible que vous ayez vu *tous les cas*; ce ne sera donc jamais que les cas que vous aurez vus, c'est-à-dire tout au plus dans *bien des cas*; donc ce raisonnement est rigoureusement le vôtre. Continuons.

« L'ossification est *souvent* la suite de l'inflammation; donc l'ossification, résultat des progrès de l'âge, est aussi la suite de l'inflammation. » Poursuivons.

« L'induration et le cancer sont quelquefois une terminaison de l'inflammation; donc l'induration et le cancer ne sont qu'un degré de l'inflammation. »

« Des ganglions lymphatiques s'enflamment à la suite et dans les environs d'un phlegmon; donc les tubercules du poumon, *qui ne sont autre chose que des lymphatiques engorgés*, sont la suite d'une phlegmasie de ce viscère. »

« Quelques gastro-entérites chroniques donnent lieu à une couleur paille de la peau; donc la couleur paille qu'on remarque chez les cancérés, n'est que le résultat de la gastro-entérite chronique. » Je m'arrête.

Il me serait fort aisé de multiplier les exemples indéfiniment: si l'on veut bien examiner la question de sang-froid et avec impartialité, l'on avouera que c'est-là le mode de raisonnement adopté par certaines personnes. C'est aussi celui dont on se sert pour prouver que le ramollissement du cerveau est toujours une inflammation. « Le ramollissement du » cerveau est *souvent* inflammatoire; il est inflam» matoire lorsqu'il est de couleur rosée; c'est le pre» mier degré de l'inflammation; c'est la pénétration » du sang dans le tissu du cerveau; il est inflamma» toire lorsqu'il est jaune-verdâtre; c'est le deuxième » degré de l'inflammation; c'est la pénétration du

» pus dans la substance du cerveau, etc. Donc le
» ramollissement du cerveau est toujours le résultat
» d'une inflammation. »

Les raisonnemens qu'on vient de lire sont exactement les mêmes que ceux-ci :

Une boule de mercure, gelée à 36° — o, produit l'inflammation de la paume de la main qu'elle touche; donc l'inflammation est toujours la suite du contact d'une boule de mercure gelée à 36° — o. Le raisonnement est parfaitement identique. Quoi! parce qu'une chose arrivera cent fois d'une même manière, il sera dit qu'elle ne pourra arriver d'une autre! Quoi! parce que la gangrène sera souvent, très souvent, si vous voulez, la suite d'une inflammation, il s'ensuivra rigoureusement que la gangrène sénile sera aussi le résultat d'une inflammation! Quoi! parce que l'inflammation ramollira le tissu du cerveau, ce que vous avez parfaitement prouvé, et ce que personne n'a jamais contesté, il faudra que le ramollissement soit toujours inflammatoire! Ah! Messieurs, je soupçonne fort que Port-Royal, ni Condillac, ne vous sont guère familiers. Vous ne sentez donc pas que de l'analogie, il ne peut naître tout au plus que des probabilités, et que des probalités, dans aucun cas, mais surtout lorsqu'il s'agit de la vie des hommes, ne sauraient être des preuves.

J'accorde donc que le ramollissement du cerveau est, dans quelques circonstances, inflammatoire; que telle est sa nature, lorsque le tissu de l'encéphale est rosé, lorsqu'on rencontre du pus, des

kystes, etc. Mais des faits nouveaux et très multipliés, me confirment entièrement dans ma première opinion, qu'il existe une multitude de ramollissement cérébraux, qui ne sont pas le résultat d'une inflammation.

Dans le plus grand nombre des cas, le tissu du cerveau ne change nullement de couleur; il est d'un blanc plus mat, plus brillant que dans l'état sain; certes, ce n'est alors ni le pus, ni le sang qui le pénètrent. Dans d'autres circonstances, la substance cérébrale est d'un rouge lie-de-vin, présente exactement l'apparence de taches, d'ecchymoses scorbutiques; et, dans ces cas, il n'a existé durant la vie des malades aucun signe de réaction; cet aspect n'est nullement celui d'un tissu enflammé. Il offre la plus grande analogie avec l'hémorrhagie scorbutique; et jusqu'à ce qu'on considère celle-ci comme inflammatoire, il nous sera permis de regarder cet état du cerveau comme n'étant pas une phlegmasie. Ces deux altérations pathologiques sont incontestablement les plus fréquentes; ce qui me porte à croire que dans le plus grand nombre des cas, le ramollissement n'est point inflammatoire. Mais alors, quelle sera sa nature? Nous pourrions nous abstenir de répondre à cette question; mais nous croyons pouvoir dire toutefois, avec retenue, et sans crainte de tomber dans les divagations dont nous parlions tout à l'heure, que cette altération du cerveau nous paraît être souvent une destruction sénile, offrant la plus grande analogie avec la gangrène de la vieillesse. Comme

cette dernière, le ramollissement nous semble la désorganisation de la partie, comme dans cette maladie, les vaisseaux destinés à apporter le sang et la vie dans l'organe affecté, sont ossifiés, non par suite d'une inflammation, mais par les progrès de l'âge.

Ce serait peut-être ici le lieu de dire pourquoi nous ne croyons pas que l'ossification des vaisseaux soit la suite de l'inflammation; nous nous bornerons à demander si l'accroissement, la nutrition, la consolidation des os dans l'enfance sont aussi le résultat de l'irritation? Concluons qu'il faut admettre un ramollissement inflammatoire et un ramollissement non inflammatoire, une dégénérescence particulière qui a ses signes, ses caractères propres.

CHAPITRE VIII.

Terminaison et Prognostic de la maladie.

On sait que toutes les maladies se terminent, ou par le retour à la santé, ou par la conversion en une autre maladie, ou par la mort. Le mode dont s'opèrent ces terminaisons, varie selon les genres de ces maladies.

Le ramollissement du cerveau est souvent une affection inflammatoire; on doit lui supposer dès-lors les diverses terminaisons de cette classe de maladies: la résolution, la délitescence, la métastase, l'induration, la suppuration, la gangrène.

Le ramollissement est-il susceptible de résolution? Il m'est impossible aujourd'hui de résoudre cette question d'une manière définitive; je laisse aux observateurs qui me suivront, ou à des faits ultérieurs qui se pourront offrir à moi, à éclairer ce point intéressant. Si cette terminaison est possible, il faut dire qu'elle est au moins excessivement rare. Je l'ai soupçonnée dans deux circonstances seulement, ce qui est infiniment peu, eu égard au grand nombre de ramollissemens cérébraux que j'ai pu observer. Les signes de cette maladie avaient existé et disparu, l'ouverture, la seule preuve *sans laquelle il est té-*

méraire de rien affirmer, n'a point porté *la certitude* dans ce diagnostic.

Les observations que l'on a publiées dans l'intention de prouver la possibilité de la résolution de cette maladie ne me paraissent pas concluantes, et ne sont nullement propres à me faire changer d'opinion, à me faire regarder le traitement anti-phlogistique comme souverainement efficace. J'ai vu les symptômes de la première période du ramollissement disparaître; mais comme ces phénomènes peuvent dépendre d'une simple congestion, et qu'ils sont toujours douteux lorsque la seconde période ne survient pas, il est impossible d'en rien conclure pour la question qui nous occupe.

L'observation suivante pourrait être citée comme un exemple de guérison si les symptômes d'une maladie suffisaient pour la caractériser.

XLIe OBSERVATION. (1)

Ramollissement du cerveau terminé par résolution.

Madame Diseau, âgée de 76 ans, d'une constitution délicate, d'un tempérament lymphatico-nerveux, se plaignit, vers sa cinquante-huitième année, de palpitations intermittentes; ce symptôme insensible, pendant la belle saison, reparaissait toujours en hiver sous l'influence des rigueurs de l'atmosphère. Stationnaire pendant treize ans, il fut accompagné par la suite de toux, d'orthopnée, et d'une expectoration muqueuse, épaisse et abondante. Très

(1) Recueillie par M. Lembert.

souvent, en montant un escalier, la malade a senti son cœur battre avec un surcroît de force et de vitesse ; et cette impulsion s'étant transmise aux carotides, des pulsations se sont fait sentir dans toute la tête, et ont retenti dans ses oreilles; la vue s'est troublée, des vertiges se sont manifestés et ont déterminé la chute de la malade, sans cependant lui faire perdre connaissance.

Le 18 mars 1823, madame Diseau ressentit des douleurs très intenses dans le côté droit de la tête : quoiqu'elles aient persisté le 19, elle ne voulut pas suspendre son travail. Le 20, elle se plaignit d'un sentiment de fatigue et de pesanteur dans la jambe et surtout dans le bras gauche; la céphalalgie n'avait pas diminué d'intensité. Madame Diseau, dominée par l'appât d'une légère rétribution qu'elle obtenait en filant, n'y voulut pas renoncer : alors se manifestèrent les symptômes suivans : l'extrémité du doigt auriculaire gauche devint le siége d'un fourmillement et de picotemens très vifs. Cette sensation, que la malade comparait à celle qui résulte de la contusion du coude quand le nerf radial se trouve comprimé, se propagea le long du bord externe de la main, atteignit peu à peu et successivement l'annulaire, le pouce, l'index et le médius; bientôt le bras tout entier participa à cet état, et la cuisse gauche ne tarda pas à présenter le même symptôme. Les picotemens devinrent ensuite moins sensibles, et furent remplacés par l'engourdissement des membres gauches. La malade attribuant son état à un mal passager, cher-

cha, pendant quelque temps, à continuer son travail; mais en tenant le fil qu'elle devait tordre, elle était incertaine qu'elle l'eût réellement saisi, tant son tact lui paraissait trompeur, et le fil échappait sans cesse à sa main tremblante. Il semblait à madame Diseau qu'un duvet fût interposé entre ses doigts et les objets soumis à leur contact; elle marchait en hésitant, n'osait porter sur sa jambe gauche et se mettre en équilibre sur un pied qu'elle ne sentait plus, et qui lui paraissait inerte : elle voyait des filamens, des brouillards; son ouïe était dure, mais cette lésion n'étant pas récente, on pouvait l'attribuer au grand âge de la malade. Le 22, la céphalalgie avait diminué; cependant la malade entra à l'infirmerie où l'on constata les symptômes que je viens d'énumérer; l'état anévrysmatique du cœur, mais l'intégrité de l'intelligence et des fonctions respiratoires et digestives. M. Rostan craignit le ramollissement commençant du cerveau, et prescrivit en conséquence des sinapismes aux mollets, des lavemens légèrement purgatifs, la diète et le repos. Le 23, les engourdissemens furent beaucoup moins prononcés, et présentèrent des intermittences très marquées. Le 24, même état. La malade se plaignit le 25 d'engourdissemens plus fréquens et de l'insensibilité presque complète du doigt auriculaire. Ce redoublement fit craindre que la maladie n'eût une terminaison fâcheuse; cependant, à partir de ce jour, elle ne cessa de s'amender; et dans l'espace d'une semaine, la résolution fut complète : aux engourdissemens succé-

dèrent les fourmillemens et les picotemens, ceux-ci se dissipèrent peu à peu; et dans la résolution, la maladie suivit une marche inverse à celle de son invasion, c'est-à-dire que l'engourdissement qui avait procédé des extrémités des orteils et des doigts pour gagner la partie supérieure des membres, se dissipa d'abord dans les parties les plus rapprochées du tronc, et en dernier lieu dans le doigt annulaire.

Cette observation ne peut tout au plus que faire soupçonner la résolution du ramollissement, puisqu'on ne saurait avoir la certitude de l'existence de cette maladie. Au reste, nous pensons que lorsqu'il n'est qu'au premier degré, il peut se résoudre. Ainsi cet exemple et quelques autres qu'on a publiés ne résout nullement la question.

Dans d'autres cas, j'ai rencontré dans des cadavres d'anciens paralytiques, des altérations organiques qui paraissaient guéries, et qui m'ont semblé n'être pas le résultat d'un ancien épanchement. Chez ces sujets, on ne trouvait pas de kyste; et quoique l'altération ne fût pas très ancienne, il n'y avait aucune trace de sang. La portion malade du cerveau était changée de couleur, coupée par une multitude de filamens se dirigeant dans tous les sens, formant des mailles irrégulières, mais point de cavités, point de membranes; une humeur particulière humectait cette portion altérée. Cette absence de la trace du sang et de la membrane, suffit-elle pour prononcer négativement sur un épanchement? C'est ce que la suite éclaircira.

Je ne parlerai pas de la délitescence, ni de la métastase de cette maladie ; mais sa terminaison par induration est-elle possible (1) ? J'ai rencontré le cancer

---

(1) J'ai fréquemment observé des cerveaux dont la substance présentait une consistance tout-à-fait particulière. Je ne connais aucun corps de la nature qui puisse en donner une juste idée ; de la cire légèrement ramollie dans de l'eau tiède, est, selon moi, ce qui s'en rapproche le plus. Cet endurcissement est borné à quelques circonvolutions ; ces circonvolutions se séparent fort bien de celles qui sont saines ; elles sont ordinairement plus minces et présentent quelquefois un léger changement de couleur. Serait-ce là une des terminaisons de la maladie qui nous occupe ? Je me garderai bien de prononcer avec assurance.

M. Sc. Pinel a recueilli une observation de ce genre, que le lecteur ne sera pas fâché de rencontrer ici. Ce médecin est porté à croire que l'endurcissement du cerveau est la suite d'une inflammation.

Endurcissement général de l'encéphale ; endurcissemens plus prononcés et partiels du cerveau, et d'une partie du cervelet.

Borna, âgée de 52 ans, avait éprouvé depuis trois ans plusieurs attaques de paralysie qui l'avaient jetée dans un état de démence. Admise à la Salpêtrière, elle présente pendant un an les symptômes suivans : figure colorée, embonpoint naturel, difficulté dans la marche, la station et la parole. Ses facultés intellectuelles étaient très bornées : à peine pouvait-elle demander à manger ; elle était d'ailleurs calme et tranquille ; son appétit était vorace.

Le 21 janvier 1821, nouvelle attaque de paralysie ; depuis lors, impossibilité de parler et de marcher ; elle reste con-

du cerveau avec des ramollissemens : dans ces exemples, le ramollissement m'a toujours paru consécutif, et j'ai toujours regardé le cancer comme une maladie

---

stamment couchée ; le bras droit est paralysé, la jambe droite contractée ; la malade ne répond plus que par des larmes et des cris aigus.

Le 7 mars 1821, la face est rouge, les yeux brillans ; le côté droit continue d'être privé de motilité ; la sensibilité est très obscure, puisque la peau, fortement pincée et piquée profondément, ne donne lieu à aucune douleur. Cependant on ne peut remuer le bras ni la jambe droite sans faire pousser à la malade des cris très forts. Le pouls est irrégulier et fréquent ; la respiration presque naturelle ; les déjections involontaires.

La bouche n'est tirée ni à droite ni à gauche.

Le 10 mars, la face est terreuse ; les yeux sont fixes et tournés en haut, les membres du côté droit sont le siége de convulsions qui reviennent par moment et durent quelques minutes. L'insensibilité paraît être générale. Pendant la nuit râle et mort.

Ouverture du cadavre.

Pommettes rouges et injectées, crâne mince, dure-mère adhérente à la boîte osseuse ; à la partie supérieure de la région pariétale les circonvolutions cérébrales sont larges et profondes.

Lobe droit du cerveau. Examiné avec attention et coupé par tranches minces, il laisse apercevoir dans la substance médullaire, au-dessus du ventricule, trois petites cavités, 1° une à la partie antérieure, plus grande, contient un liquide roussâtre, et semble être tapissée par une membrane citrine résistante ; 2° la seconde, plus petite, située à la partie moyenne, ne paraît pas pourvue de membrane ; la troisième,

d'une nature particulière, indépendante d'une inflammation primitive, au moins dans le plus grand nombre des cas.

---

postérieure et encore plus petite, ressemble à un trou cylindrique fait avec un emporte-pièce. Ces trois cavités, dont la plus grande n'a qu'une ligne et demi de diamètre, et la plus petite une demi-ligne, sont peu profondes. Le reste de la substance cérébrale du lobe droit offre une consistance et même un endurcissement très prononcés.

Lobe gauche du cerveau. La substance médullaire est le siége, au-dessus du ventricule, de deux petites cavités analogues sous tous les rapports à celles qui ont été observées dans le lobe droit. En examinant plus profondément la substance cérébrale, je rencontre à la partie moyenne et supérieure du ventricule gauche, dans l'épaisseur de la substance médullaire, un endurcissement considérable de cette substance, semblable à du blanc d'œuf durci, mais plus résistant, présentant à sa partie externe une petite cavité de quatre lignes de diamètre en tous sens, remplie de brides membraneuses et de sérosité, et tapissée par une membrane jaune et solide. La totalité de cette altération, qui ne paraît séparée du reste du cerveau par aucune ligne de démarcation, peut être évaluée à la grosseur d'une noix.

Au-dessous du ventricule gauche il y a une cavité et une altération de la même apparence et de la même forme dans la substance médullaire; l'endurcissement, quoique circonscrit, est continu avec le reste de la substance cérébrale, qui dans tout ce côté participe à la dureté générale observée dans le lobe droit.

Le cervelet, flétri et comme ridé, présente dans tout le contour de son bord postérieur et inférieur un endurcissement presque fibro-cartilagineux de sa substance; dans tout le pourtour elle est dure, serrée, élastique, semblable à du

On trouve quelquefois des abcès, de la véritable suppuration dans le cerveau, et je ne suis pas éloigné d'admettre ce mode de terminaison, quoique je n'aie pas de certitude à cet égard. Pour la gangrène, les

---

cuir blanchâtre. Cette altération a fait le sujet d'un examen plus particulier que j'exposerai plus bas.

Le lobe gauche du cervelet offre dans l'intérieur de la substance médullaire un épanchement sanguin de la grosseur d'une noisette, renfermant du sang et quelques granulations; la membrane de la cavité est rougeâtre et commence à s'organiser. (La malade avait eu une attaque subite de paralysie il y a quarante jours environ.)

Le prolongement rachidien est volumineux, d'une dureté et d'une consistance remarquables, surtout à l'intérieur, où la substance corticale est abondante; l'extrémité coxale de cet organe est baignée dans un peu de sérosité roussâtre.

Les viscères thoraciques sont sains, sauf quelques adhérences des poumons avec la plèvre costale, et une graisse abondante qui entoure le cœur, dont le volume est ordinaire. L'intérieur de l'aorte n'offre rien à noter.

Foie très volumineux, descendant jusqu'à l'ombilic, mais sain; vésicule biliaire très grande, remplie de bile; estomac, duodénum et intestins dans l'état naturel : seulement tout le canal alimentaire présente une étroitesse générale sans épaississement de ses parois.

Rien n'est digne de remarque dans les autres viscères.

Réflexions. Ce n'est pas la première fois que j'ai rencontré des endurcissemens de la substance cérébrale; mais c'est le premier exemple bien prononcé que j'aie observé d'une altération semblable. Borna n'ayant resté qu'une année à la Salpêtrière, il n'est guère possible d'assigner d'époque précise à l'invasion de sa maladie. Les détails antérieurs apprennent

auteurs en citent des exemples. Le ramollissement du cerveau ne serait-il, ainsi que nous venons de le dire, que la gangrène de ce viscère?

La mort me paraît être le terme presqu'inévitable

---

seulement que jusqu'à l'âge de 49 ans elle avait été vive et alerte; que depuis trois ans elle a éprouvé de fréquentes attaques de paralysie, et qu'elle a fini par tomber dans un état de démence tranquille. Les petites cavités rencontrées dans les deux lobes, et qui ne sont que les restes d'épanchemens sanguins, expliquent facilement les symptômes paralytiques qui se sont renouvelés plusieurs fois; mais l'endurcissement général de l'encéphale, les endurcissemens partiels du cerveau, et surtout l'altération d'une partie du cervelet, ne peuvent pas être attribuées avec certitude à des causes connues. Examinons successivement chacune de ces altérations.

1°. Parmi les sept petites cavités observées dans la substance médullaire, cinq sont tapissées par des membranes jaunâtres, remplies de sérosité roussâtre, et traversées en divers sens par des brides membraneuses; une seule paraît n'avoir pas de membrane; une autre enfin ressemble à un trou cylindrique, et ne contient rien dans son intérieur. Pour les cinq premières, il ne peut exister de doute sur leur nature, surtout lorsque l'on voit l'épanchement sanguin trouvé dans le lobe gauche du cervelet présenter par sa petitesse et par sa disposition les mêmes apparences; mais il n'en est pas de même des deux dernières, et je ne sais si l'on doit les considérer comme les résultats d'anciens épanchemens sanguins entièrement absorbés, ou comme une autre espèce d'altération encore inconnue.

2°. L'endurcissement général de l'encéphale et les deux endurcissemens partiels du cerveau ne sont guère plus explicables; remarquons toutefois, quant à cette dernière lésion,

de la maladie qui nous occupe. Quel que soit le mode de traitement que nous ayons employé jusqu'ici, la généralité des individus qui nous ont offert les signes du ramollissement, ont été moissonnés. Loin de nous décourager, c'est une raison de plus de multiplier nos études sur cette fatale maladie; ce n'est que

---

que les deux endurcissemens circonscrits du cerveau correspondent à une cavité, suite d'épanchement sanguin; qu'il est probable que l'irruption sanguine a ramolli et altéré les parties environnantes, et que l'absorption, en faisant disparaître le sang, a pu finir par changer cet état de ramollissement en un noyau plus dur et plus compacte.

3°. L'altération du cervelet est d'autant plus remarquable, qu'il est peu d'exemples bien constatés d'une pareille affection. Chez Borna, tout le contour postérieur et inférieur du cervelet est changé en tissu dur, d'apparence fibro-cartilagineuse; de couleur jaunâtre, extensible, élastique, qu'on sépare des deux autres circonvolutions du cervelet en le détachant par bandes horizontales. Placé sur du charbon ardent, ce tissu s'est racorni promptement : au lieu qu'une portion saine du même cervelet, soumise à l'action du feu, s'est dilatée, s'est répandue, et a fini par brûler en produisant une odeur animale que n'a pas présenté par la combustion la portion altérée. Soumise à l'action du feu sur une pelle de fer, la partie malade s'est changée en une masse brunâtre, résistante et comme vernissée; la partie saine s'est convertie en une matière noire, légère, peu solide, assez semblable à du noir de fumée. Cette diversité de résultats indique assez une grande différence d'organisation.

Il est un phénomène que je ne dois pas oublier de faire remarquer, c'est la douleur éprouvée par la malade lorsque l'on fléchissait ses membres, douleur qui contrastait avec

lorsque nous la connaîtrons parfaitement que nous pourrons espérer de lui arracher quelques victimes, en fondant sa thérapeutique sur des indications rationnelles, et non sur les chances d'un aveugle hasard (1).

---

l'insensibilité profonde de ces mêmes parties à l'action des irritans extérieurs; ce symptôme indique presque toujours qu'il s'opère dans les centres nerveux un travail organique lent et profond; aussi l'ai-je observé plusieurs fois dans les cancers et les endurcissemens cérébraux.

Les endurcissemens sont-ils la suite des ramollissemens de l'encéphale? On n'a pas encore de notions sur ce point d'anatomie pathologique; mais on ne peut méconnaître que l'induration est une terminaison assez fréquente de l'inflammation; que le tissu cellulaire, le foie et d'autres organes parenchymateux, en offrent des exemples assez fréquens, et que le cerveau, étant soumis aux mêmes lois que le reste de l'organisme, doit aussi éprouver les mêmes altérations.

(1) On nous a objecté que si tous nos malades avaient succombé, c'est que nous n'avions pas employé le traitement antiphlogistique, et que les moyens incendiaires que nous avions mis en usage, expliquaient assez nos insuccès. Le lecteur attentif a dû voir que la plupart de nos malades avaient été traités par les sangsues et les saignées; jamais par les vomitifs, et qu'on n'avait employé les révulsifs que sur des indications inévitables. Jugez après cela de la bonne foi de Messieurs les critiques.

CHAPITRE IX.

Causes de la maladie.

CAUSES *prédisposantes et prédispositions.* Il reste à déterminer par des observations ultérieures, si le ramollissement cérébral reconnaît des prédispositions et des causes prédisposantes; les faits que j'ai eus occasion d'observer ne m'ont rien appris à cet égard. Je puis dire seulement que je n'ai vu cette maladie que chez des vieillards : chargé cependant, en qualité de médecin du Bureau de Charité du douzième Arrondissement, de donner mes soins à une population excessivement nombreuse, composée de gens *de tout sexe* et *de tout âge*, je n'ai observé qu'une seule fois, depuis plusieurs années, les signes de cette maladie sur un individu de trente ans. Il me fut impossible d'en faire l'ouverture : *cette observation doit être regardée comme nulle.* Je suis porté à croire que l'âge avancé est une prédisposition à cette maladie. Les exemples rapportés par M. Abercrombie, se sont présentés cependant chez des sujets de différens âges. Quel est le sexe le plus favorable au développement de cette maladie? Quelle est la constitution la plus propice à ce développement? C'est ce que la suite pourra éclairer. Il paraît qu'à Bicêtre on en rencontre relativement moins qu'à la Salpêtrière.

Causes excitantes. Il nous serait facile de donner une grande extension à ce chapitre, si nous voulions détailler toutes les causes qui peuvent agir sur l'encéphale. Nous nous bornerons à dire que le ramollissement peut se développer sous l'influence de toutes les causes communes et générales des maladies, une prédisposition étant admise, mais plus particulièrement sous l'action des causes qui agissent directement sur le cerveau. Ainsi, bien que nous ne l'ayions pas observé, il est vraisemblable que les rayons d'un soleil ardent, ou l'action d'un froid intense sur la tête, l'application de la glace ou de quelque substance douée de propriétés énergiques, peuvent occasionner le ramollissement cérébral (1). Nous avons vu cette maladie se développer chez des personnes qui avaient éprouvé quelque percussion violente sur la tête, surtout après une chute (2); mais il est bien difficile de dire si la chute est primitive ou consécutive, la cause du ramollissement ou son effet. La contension d'esprit, les veilles prolongées, les passions violentes, nous paraissent très susceptibles de favoriser le développement de la maladie qui nous occupe. Nous avons vu plusieurs personnes af-

(1) Ce qu'il y a d'incontestable, c'est que cette maladie se manifeste bien plus fréquemment durant les grands froids et les grandes chaleurs, que sous l'influence de toute autre température.

(2) La 16e observation, recueillie par M. le docteur Pinel fils, est une preuve de cette assertion.

fectées de ramollissement, avoir été en proie aux chagrins les plus profonds ; c'est peut-être l'observation la plus constante. On conçoit que l'abus des substances alimentaires ou médicamenteuses qui agissent sur l'encéphale par une prompte et forte sympathie, telles que le vin, les liqueurs alcooliques, le café, les narcotiques, etc., peuvent déterminer cette affection, et qu'il est par conséquent prudent d'en interdire l'usage aux personnes qui y sont prédisposées. Au reste, l'expérience ne nous a point encore découvert de cause constante du ramollissement, non plus que celle de la plupart des autres maladies ; bien moins encore nous a-t-elle dévoilé sa cause prochaine.

CHAPITRE X.

Sur le ramollissement de la moelle épinière.

Je pense qu'il n'est pas hors de propos pour compléter notre travail, de dire deux mots du ramollissement de la moelle épinière, avant de traiter du diagnostic de l'affection qui nous occupe, et après avoir parlé des différentes variétés du ramollissement du cerveau.

Si l'on considère attentivement la structure de la moelle épinière, ses rapports et ses fonctions, il est facile de déduire *à priori* de ces considérations quels doivent être les signes caractéristiques de la lésion qui nous occupe. D'un diamètre peu étendu et renfermée dans un canal étroit, il est difficile, pour ne pas dire impossible, que l'altération n'occupe que la moitié de cet organe sans intéresser le côté sain, par conséquent il est difficile que les signes soient locaux. Ils peuvent l'être dans les premiers jours de la maladie, ainsi que le prouve l'observation suivante, mais ils ne sauraient tarder à devenir généraux; voilà ce que l'anatomie nous fait présumer, et ce que confirment les observations suivantes. Quant à ce que l'on peut déduire des fonctions de la moelle épinière, c'est que, destinée à transmettre le mouvement et le sentiment aux extrémités supérieures, au tronc et aux extrémités inférieures,

l'altération dont nous nous occupons doit nécessairement porter le trouble dans ces fonctions. Ainsi il pourra y avoir exaltation, perversion, diminution, ou même abolition de ces facultés, selon la nature du ramollissement. Si la maladie est inflammatoire, il pourra y avoir convulsion des membres et du tronc, avec phénomènes généraux de réaction; c'est ce que prouvent les deux observations de M. Pinel. Si le ramollissement est atonique, il y aura diminution, puis perte complète et générale de la sensibilité et de la motilité, comme on le voit dans l'observation de M. Foville.

Maintenant, selon la région qu'occupera la maladie, les sympômes dont nous venons de parler se manifesteront dans diverses parties :

1°. Si le ramollissement occupe la région dorsale et lombaire, le tronc, le rectum, la vessie les organes génitaux et les membres inférieurs, seront les siéges des phénomènes morbides ;

2°. S'il occupe la région cervicale, surtout la portion la plus élevée, la paralysie, les convulsions, etc, des membres thoraciques, se joindront aux accidens dont nous venons de parler. Les observations de paralysies traumatiques que nous allons exposer confirment ce que nous avançons.

Les symptômes que présentent les fonctions des sens et de l'intelligence doivent peu nous étonner. Lorqu'un organe aussi important que le prolongement rachidien, et qui a avec le cerveau des connexions si directes, est profondément lésé, il est

peu surprenant que les fonctions cérébrales soient troublées ; il serait peut-être plus extraordinaire qu'elles ne le fussent point.

Nous croyons superflu d'entretenir le lecteur d'une multitude de phénomènes secondaires dont les exemples suivans l'instruiront assez.

XLIIe OBSERVATION (1).

Ramollissement de la moelle épinière.

Marguerite Maréchal, veuve Masson, agée de 79 ans, d'une constitution forte et d'une santé assez bien conservée pour son âge, entra à l'infirmerie le 26 janvier 1822, avec les symptômes d'un catarrhe pulmonaire; quelques jours après, elle commença à se plaindre d'une céphalalgie violente occupant toute la tête, mais plus forte dans la région frontale. Toutes les fonctions volontaires, examinées avec soin, ne présentaient aucun trouble; il n'existait pas d'ailleurs de phénomènes généraux assez intenses pour faire croire à l'existence d'une maladie grave; on pensa que le cerveau était le siége d'une congestion légère; que la diète, des boissons laxatives et quelques purgatifs appliqués sur le gros intestin, suffiraient pour détruire. Ces moyens n'apportèrent aucune modification dans l'état de la malade; la céphalalgie persista toujours; bientôt aussi des four-

(1) Par M. Foville.

millemens très incommodes se développèrent dans le bras et la jambe gauches, dont les mouvemens s'embarrassèrent. Ce n'était qu'avec la plus grande peine que la malade pouvait les mouvoir un peu. Si on lui disait de porter le bras gauche à la tête, elle le prenait de la main droite et l'approchait de son front; mais ses effets étaient vains lorsqu'elle ne s'aidait pas du bras resté sain. Bientôt les mouvemens du bras droit s'engourdissent aussi, la céphalalgie persistant toujours; il devient en même tems le siége de fourmillemens très prononcés.

L'intelligence est assez obtuse, mais ne présente aucun trouble récent; sa lenteur paraît l'effet graduel des progrès de l'âge.

Les phénomènes généraux ne deviennent pas plus intenses; cependant la langue est couverte d'un enduit assez épais, brunâtre; l'abdomen un peu douloureux par la pression; la peau est sèche, le pouls n'est pas très dur, mais il est tumultueux, irrégulier.

Les phénomènes locaux font des progrès très sensibles; la paralysie la plus complète s'observe bientôt dans les deux membres thoraciques; enfin la malade expire.

C'est ici, suivant toutes probabilités, un exemple de la maladie dite *ramollissement cérébral*. Toutes les circonstances de son début, de sa marche, de sa terminaison, sont propres à confirmer cette idée; mais une chose plus obscure, c'est le siége précis de cette affection. Les premiers symptômes observés

dans le bras gauche, portaient à croire que l'hémisphère droit du cerveau était le siége exclusif de l'altération, puisque les mouvemens du côté droit du corps n'étaient nullement lésés, lorsqu'une altération très profonde s'observait dans ceux du côté gauche. Mais de ce que le bras droit est bientôt devenu lui-même le siége de fourmillemens et de paralysie, il faut en conclure qu'une altération analogue à celle de l'hémisphère droit, s'est développée dans le côté gauche du cerveau, ou bien qu'une partie centrale, telle que la protubérance annulaire, etc., est le siége d'un ramollissement borné dans le principe à une de ses parties.

Examen du cadavre.

L'ouverture du crâne fit voir une infiltration assez considérable de la méningine; le cerveau disséqué avec soin ne présenta aucun ramollissement circonscrit; sa consistance générale était médiocre; quelques rougeurs s'observaient dans différentes parties, principalement dans les corps striés; mais ces altérations ne paraissant pas correspondre exactement aux symptômes observés pendant la maladie, on ouvrit le rachis, et on trouva que la moelle épinière, dans la partie supérieure de sa région cervicale, présentait un ramollissement qui s'étendait à presque toute l'épaisseur de ce prolongement médullaire, et occupait une longueur d'un pouce et demi environ. La couleur de cette

partie malade était jaunâtre; sa consistance, celle de la bouillie; aucune trace de l'organisation primitive ne subsistait.

XLIIIe OBSERVATION (1).

« Marie Brisset, âgée de 27 ans, ayant toujours joui d'une assez bonne santé, mais d'une susceptibilité nerveuse très grande, est accusée d'avoir fait un vol dans la maison où elle est domestique; on la renvoie sur de faux soupçons : ses règles, qui coulaient depuis trois jours, se suppriment à l'instant. Profondément affectée du traitement qu'elle ne mérite pas, elle croit être déshonorée, et ne se présente qu'en tremblant chez ses parens.

« Le troisième jour on la trouve dans son lit, dans un état complet d'anéantissement des fonctions des sens et de l'entendement : elle est transférée à l'Hôtel-Dieu. Après un séjour d'un mois et demi, la stupeur a disparu, mais il reste un état de démence qui la fait admettre à la Salpêtrière, le 18 août 1818 : lors de son entrée elle présente les symptômes suivans : regard étonné, difficulté d'articuler les mots, réponses tardives, pénibles, rarement justes, inertie mais non paralysie de tous les membres, repos presque continuel, vie automatique ; parfois elle se livre à des accès de colère et d'impatience : les fonctions orga-

(1) Extrait d'une Notice sur l'inflammation de la moelle épinière, par M. Pinel fils, docteur-médecin.

niques s'exécutent avec plénitude et énergie. Pendant quinze mois, ces symptômes n'offrent que de légères variations; seulement Brisset engraisse beaucoup. Le 15 janvier 1820, elle est prise tout à coup le soir de convulsions. Le lendemain, lors de la visite, la bouche est écumeuse, les yeux sont renversés; grincement des dents, serrement tétanique des mâchoires, carus profond, secousses convulsives du tronc, se répétant trois ou quatre fois par minute; les membres sont immobiles et ne participent pas aux convulsions du tronc; le pouls est développé, fréquent, irrégulier, tumultueux; la respiration courte, gênée, précipitée; les déjections alvines involontaires; tout le corps est couvert d'une sueur abondante, d'une odeur forte et tenace, s'élevant en vapeur de dessus la malade. Pendant trois jours les convulsions du tronc se répètent continuellement, semblent être plus fortes le jour, et accompagnées d'un paroxysme fébrile; les autres fonctions présentent les mêmes désordres; la malade meurt le 18 janvier au matin, sans qu'aucune intermission soit venue suspendre un instant cette succession rapide des symptômes les plus graves.

Ouverture du corps trente-six heures après la mort.

« *Extérieur.* Embonpoint considérable; muscles de la face non contractés.

« *Tête.* Crâne épais, injecté; dure-mère mince,

presque diaphane; sinus longitudinal gorgé de sang: l'arachnoïde présente dans toute l'étendue de la région frontale et pariétale, les traces d'une ancienne inflammation, annoncée par l'épaississement de la méningine, par des couches albumineuses, de la sérosité comme purulente, et des adhérences intimes et générales avec la substance corticale. Le cerveau et le cervelet, examinés avec soin, n'offrent rien de particulier; les ventricules contiennent peu de sérosité; la substance cérébrale est ferme et poisseuse.

» Le rachis, ouvert avec précaution, ne présente rien à noter pour ses membranes; mais après avoir incisé la dure-mère rachidienne dans toute sa longueur, il est facile de reconnaître, dans la substance même, une désorganisation pultacée, commençant vers la quatrième vertèbre cervicale, et finissant vers la première lombaire : dans toute cette étendue la pulpe nerveuse est réduite en une espèce de bouillie jaunâtre, diffluente, inodore; vers la région lombaire, la substance reprend sa consistance ordinaire, et est baignée d'un peu de sérosité roussâtre. Les viscères thorachiques et abdominaux présentent une apparence de santé remarquable; l'intérieur de l'estomac est un peu rosé; l'utérus est très petit. »

XLIII[e] *bis* OBSERVATION.

« Félicie Lepoigny, d'une constitution sanguine, réglée à 11 ans, s'était toujours assez bien portée jusqu'à sa quinzième année; à cette époque, vivement effrayée de l'entrée des Russes dans son village,

et des poursuites acharnées de l'un d'entre eux, elle fut atteinte d'accès épileptiques, d'abord assez éloignés, mais qui devinrent de plus en plus fréquens; ses facultés intellectuelles s'affaiblirent assez rapidement; elle fut conduite à la Salpêtrière en 1819, dans un état complet d'idiotisme, compliqué d'épilepsie, dont les attaques revenaient tous les quatre à cinq jours. Pendant quatre années on n'observa presque aucun changement dans son état; le 7 et le 8 janvier 1820, les accès épileptiques devinrent très fréquens, et firent augurer aux filles de service que la malade approchait de sa fin; cependant ils s'arrêtèrent, et pendant quinze jours reprirent leur type ordinaire; mais le 23 janvier les convulsions se renouvellent et se succèdent avec une rapidité inconcevable; la face est rouge, injectée; les yeux convulsivement et inégalement contractés; secousses convulsives et continues du tronc; mouvemens convulsifs et ondulés des parois abdominales; mouvemens incohérens, mais non convulsifs, des membres; anéantissement du sentiment et des facultés intellectuelles; pouls fréquent, irrégulier, déprimé; respiration courte et luctueuse.

» Les secousses convulsives et les autres symptômes persistent avec la même intensité le 24; le 25 au soir la malade succombe.

Ouverture du corps, trente heures après la mort.

» *Extérieur*. Les traits de la face sont convulsivement, mais *également* contractés; le visage est rouge,

les capillaires gorgés de sang; membrane hymen parfaitement intacte et très apparente.

» *Tête.* Crâne épais, injecté, dur à casser; dure-mère adhérente à la boîte osseuse dans la fosse pariétale droite; l'arachnoïde est saine, mais injectée. La substance cérébrale, d'une consistance et d'un aspect ordinaires, n'offre à noter qu'une injection générale de ses vaisseaux sanguins, et le peu de capacité des ventricules qui contiennent une petite quantité de sérosité : le cervelet est mollasse, mais sain.

» Le rachis, ouvert dans toute son étendue, offre une injection très forte de ses vaisseaux veineux; la substance médullaire est le siége, vers la région dorsale, d'une désorganisation semblable à celle qui a été rencontrée dans la première observation; le ramollissement pultacé commence supérieurement à la région cervicale, au-dessous de l'origine des plexus nerveux des membres thoraciques, et s'arrête inférieurement à la région lombaire; entre les deux points la pulpe nerveuse est réduite en une bouillie jaunâtre et diffluente; au-dessus et au-dessous la substance médullaire reprend sa consistance ordinaire.

» *Thorax.* Les poumons sont sains; le droit présente une cicatrice à la partie moyenne de sa face costale. Les viscères abdominaux n'offrent rien de particulier.

» Cette observation présente, avec la précédente, une grande analogie dans la marche rapide de l'affection morbide, dans les symptômes principaux et

dans les résultats des recherches cadavériques; mais on y remarque aussi des différences.

» La première, et la plus frappante, est la mobilité des membres observée dans ce second fait, au lieu de la résolution complète; et la paralysie profonde rencontrée dans le premier. L'étendue différente de la lésion explique, ce me semble, d'une manière satisfaisante, cette variété dans les phénomènes; remarquons, en effet, que, dans le premier cas, l'altération morbide a détruit la substance médullaire du rachis dans presque toute son étendue, et surtout vers les endroits d'où naissent les nerfs qui portent aux membres la sensibilité et la motilité : de là, la paralysie profonde des parties : remarquons, au contraire, que dans le deuxième fait, la désorganisation pultacée se borne à la région dorsale, et qu'elle n'a pas encore atteint la pulpe nerveuse vers l'origine des plexus nerveux des membres. Doit-on s'étonner alors s'ils exécutent encore quelques mouvemens, mais incohérens et involontaires?

» La seconde différence, et qui n'est peut-être pas la moins importante à noter, est l'épilepsie dont est atteinte la malade; cette observation ne sera sans doute pas perdue pour les personnes qui feront des recherches sur le siége de cette cruelle maladie.

» Du reste, que d'analogie ne trouve-t-on pas sous les autres rapports entre ces deux observations? Mêmes secousses convulsives et continues du tronc, même rapidité dans la terminaison funeste de la maladie. Dans les deux, les membres ne participent pas

aux convulsions du tronc ; les fonctions nerveuses sont presque anéanties, et les autres fonctions présentent les désordres les plus grands ; dans les deux enfin, les mêmes organes examinés après la mort, manifestent la même altération.

» Deux observations ne suffisent pas en médecine pour établir une vérité : aussi n'ai-je pas l'intention de donner les aperçus suivans pour des résultats constans et positifs ; on doit seulement les regarder comme des conséquences que l'on peut déduire des deux faits que j'ai rapportés, en attendant que des observations nouvelles viennent ou les modifier, ou les confirmer. La phlegmasie aiguë de la pulpe nerveuse rachidienne, étant une maladie en général peu observée, on doit chercher à connaître, 1° quels sont les signes qui peuvent l'annoncer ; 2° quelle altération subit la moelle épinière.

» 1°. Les symptômes qui peuvent caractériser l'inflammation aiguë de la substance médullaire rachidienne, paraît être, 1°. l'anéantissement des fonctions nerveuses ; 2°. les secousses convulsives et continues, bornées au tronc ; 3°. le paroxysme fébrile revenant le soir. Entrons dans quelques détails.

» 2°. L'abolition complète des fonctions du système nerveux, ne se rencontre que dans fort peu de cas avec ce caractère de gravité. Les hémorrhagies cérébrales qui envahissent les deux lobes, et les ramollissemens généraux du cerveau peuvent seuls occasionner des désordres aussi profonds ; encore, ces affections sont-elles presque toujours annoncées par

des symptômes précurseurs presque constans, au lieu que le ramollissement rachidien paraît se développer d'une manière instantanée. Tant que l'hémorrhagie ou le ramollissement n'affectent qu'un seul lobe cérébral, ils occasionnent des lésions variées de la sensibilité, de la motilité, et des facultés intellectuelles, qui sont loin de présenter des symptômes aussi généraux et aussi complets que ceux qui sont produits par l'altération du prolongement rachidien. On conçoit facilement quels désordres doit produire sur l'innervation, l'altération d'un organe aussi important que la moelle épinière, puisque, d'après les observations de M. Cuvier, de Legallois et de Wilson, des animaux auxquels on retranche le cerveau, manifestent encore dans leurs mouvemens une volonté très remarquable.

» 3°. Les secousses convulsives et continuelles du tronc, jointes à l'anéantissement des fonctions nerveuses, me paraissent être un des symptômes caracteristiques de l'inflammation aiguë de la moelle épinière. On ne les rencontre dans aucune maladie avec ce caractère de localité; dans les mouvemens convulsifs produits par une lésion des nerfs ou de l'encéphale, les membres participent toujours aux convulsions générales. Cette immobilité des membres dans les altérations du prolongement rachidien, n'indiquerait-elle pas que cet organe, et non le cerveau, est le siége primitif de la motilité musculaire, puisque sa lésion détermine l'anéantissement de cette motilité; au lieu que l'on peut pro-

duire des convulsions des membres, en intéressant la substance cérébrale? Ne pourrait-il pas se faire aussi que les phénomènes paralytiques des membres, suite des apoplexies et des ramollissemens, reconnussent pour cause une compression, un désordre sympathique des fonctions nerveuses rachidiennes?

» 4°. Le paroxysme fébrile, qui était beaucoup plus marqué dans la première observation que dans la deuxième, annonce la marche aiguë de la maladie; ce paroxysme que l'on rencontre dans presque toutes les phlegmasies intenses, vient encore confirmer l'idée que l'on doit se former de l'acuité de cette affection; son état chronique est inconnu; peut-être l'épilepsie n'est-elle autre chose.

» 5°. Quelle altération éprouve la substance médullaire du rachis?

» L'inspection cadavérique nous fait voir cette substance réduite en une espèce de bouillie jaunâtre, inodore, diffluente, ne présentant plus aucune trace d'organisation. Les mêmes apparences se rencontrent dans les ramollissemens cérébraux; la couleur et la consistance en sont seules variables. M. Rostan, qui a décrit le premier avec soin ces diverses altérations, les phénomènes auxquels elles donnent lieu, les signes caractéristiques propres à les faire distinguer les unes des autres, et a porté la précision dans le diagnostic, jusqu'à déterminer le siége de la lésion, d'après les divers symptômes fournis par la sensibilité, la motilité, les facultés intellectuelles, etc., etc., reconnaît que parmi les ramollissemens cérébraux, les

uns sont accompagnés de douleurs dans la tête, etc. et que les autres ne donnent lieu à aucun sentiment douloureux dans l'encéphale; que dans le premier cas le traitement antiphlogistique pourrait être avantageux, et nuisible dans le second, etc.

» Ne semblerait-il pas, d'après ces réflexions, que l'on pourrait assigner aux ramollissemens cérébraux, accompagnés de douleurs, le caractère de phlegmasie aiguë, de véritable travail inflammatoire dans la substance cérébrale, et regarder les autres, surtout chez les vieillards, comme le produit d'une désorganisation sénile, d'une dissolution atonique, suite des progrès de l'âge?

» Le ramollissement pultacé de la substance cérébrale ou rachidienne, est-il susceptible d'être arrêté dans ses progrès, d'être en partie absorbé, et de s'organiser comme les apoplexies? On l'ignore entièrement.

» Peut-être que chez les idiots, qui présentent à l'ouverture du corps une atrophie d'un lobe cérébral, et une consistance presque dure de sa substance, cette atrophie, cette dureté, et, par conséquent, l'idiotisme, sont-ils les produits d'un ancien ramollissement pultacé, qui a été en partie absorbé, et qui a fini par s'organiser, en changeant la substance cérébrale en une masse compacte, inhabile aux fonctions de relation.

» Ces idées, quoique hypothétiques, pourront cependant être de quelque utilité.

» Il semble résulter de ce qui vient d'être dit sur

l'inflammation de la moelle épinière, que cette phlegmasie à l'état aigu, est caractérisée;

» 1°. Par des secousses convulsives et continues du tronc;

» 2°. Par l'anéantissement presque complet des fonctions du système nerveux;

» 3°. Par un état fébrile général, marqué par l'excitation de toutes les fonctions;

» 4°. Enfin, par la désorganisation pultacée de la substance médullaire du rachis.

» Un grand nombre d'observations pourront seules faire déduire des conclusions définitives. »

XLIVe OBSERVATION (1).

Paraplégie traumatique.

27 juin 1821. Fouché, maçon, âgé de 38 ans, robuste et jouissant depuis long-temps d'une bonne santé, est tombé hier, à onze heures du matin, d'un second étage, sur des solives qui étaient au rez de chaussée. La région lombaire a principalement porté dans cette chute qui n'a point été suivie de perte de connaissance. Le malade a été relevé, et *a pu*, dit-il, *se tenir debout pendant quelques instans*, en s'appuyant sur le bras d'un assistant. Deux heures après son accident, Fouché a été apporté à l'hôpital, où on lui a pratiqué une saignée du bras. Depuis

(1) Recueillie par M. Leloutre, interne de première classe.

son entrée, il n'a pas dormi, n'a rendu ni urine, ni matières fécales, et il est tourmenté par des hoquets fréquens, des éructations et des nausées.

Aujourd'hui le malade se présente dans l'état suivant : il est couché sur le dos, la tête portée en arrière; la face est couverte de sueur, et exprime la fatigue et l'inquiétude. Le malade ne sent ni le besoin d'aller à la selle, ni celui d'uriner, bien que la vessie soit évidemment distendue. Les membres inférieurs sont complètement paralysés du sentiment et du mouvement ; les tégumens de la partie inférieure des parois de l'abdomen sont insensibles; la séparation entre les parties sensibles et celles qui ne le sont plus est marquée par une ligne qui, partant d'un pouce au-dessous de l'ombilic, remonte obliquement, et de chaque côté, vers la colonne vertébrale. Le pouls et la respiration sont comme dans l'état de santé. On a vidé la vessie, sans laisser la sonde à demeure, et une seconde saignée du bras a été pratiquée.

25 juin au soir. Des fourmillemens se sont fait sentir dans les pieds pendant la journée, et il y a eu des vomissemens.

26 juin. Il n'y a pas de changement dans l'étendue de la paralysie. L'urine extraite au moyen de la sonde contient une grande quantité de sang qui forme au fond du vase un dépôt consistant. Depuis hier le malade vomit beaucoup, et souffre dans la région de l'estomac, la langue ne présentant aucune altération. Le pouls a acquis de la fréquence et perdu

de son développement. Quarante sangsues vont être appliquées sur les lombes.

27 juin. La paralysie des tégumens de l'abdomen s'est étendue d'un demi-pouce; l'urine contient moins de sang qu'elle n'en contenait hier. La bouche est humide, la soif a augmenté, l'appétit est presque nul, les vomissemens ont cessé, la douleur épigastrique est vive, et la constipation persiste; en comprimant la région hypogastrique, on fait sortir des gaz par l'anus.

28 juin. L'urine ne contient pas de sang.

29 juin. Le malade continue de porter la tête en arrière, quoiqu'on ait augmenté le nombre de ses oreillers; la physionomie est altérée; les vomissemens ont reparu, et l'urine est de nouveau teinte de sang.

30 juin. Un changement remarquable s'est opéré depuis hier dans l'étendue de la paralysie : elle a fait un pas retrograde, de telle sorte que les tégumens de la région hypogastrique ont recouvré la sensibilité. Sous d'autres rapports, l'état du malade s'est aggravé : sa physionomie a une expression plus fâcheuse : la tête est fortement et toujours inclinée en arrière, sans qu'il y ait rigidité tétanique des muscles du cou; car le malade peut, en faisant quelques efforts, mouvoir la tête dans tous les sens. Une douleur vive s'est manifestée à la région lombaire que l'attitude et l'immobilité du malade empêchent d'examiner. Les vomissemens sont fréquens; l'épigastre est très douloureux, surtout à la pression : l'urine contient des mucosités sanieuses.

1er juillet. L'état du malade devient de plus en plus grave : l'abattement est extrême ; la peau présente une teinte ictérique; les réponses sont lentes; la langue s'est desséchée ; les hoquets, les vomissemens et le météorisme existent toujours ; des matières fécales de consistance médiocre sont sous le siége du malade ; c'est la première fois qu'il en ait rendu depuis son accident. La respiration est difficile ; le pouls est très petit et très fréquent.

2 juillet, *septième jour*. Le malade a succombé ce matin, vers huit heures. Quelques minutes avant sa mort, il répondait juste et d'une voix assez forte. La physionomie était décomposée, le pouls insensible, et la jaunisse très prononcée.

Ouverture du corps.

Les apophyses épineuses des dixième et onzième vertèbres dorsales sont fracturées. Il y a aussi fracture et déplacement consécutif du corps de cette dernière vertèbre; la moelle épinière est comprimée et détruite dans le point correspondant à la fracture.

Les veines sous-muqueuses de l'estomac sont injectées. La membrane muqueuse de cet organe présente des plaques desséchées et ponctuées comme la peau d'une orange. Les gros intestins contiennent beaucoup de matières fécales molles.

Les poumons présentent un engorgement séro-sanguin dans leur partie postérieure et inférieure. Les bronches et leurs divisions sont remplies d'un liquide jaunâtre.

Le foie est d'un vert sale dans toute son épaisseur, mais ne présente aucune altération relativement à sa consistance.

La substance corticale du rein droit est décolorée; la substance mamelonnée des deux reins est d'un rouge brun; la vessie contient de l'urine; sa membrane muqueuse est rouge et épaissie, surtout vers le col, et est enduite inférieurement d'une fausse membrane jaune, dense, rude au toucher, et semblable à un dépôt sablonneux concrété.

XLVe OBSERVATION (1).

Paraplégie traumatique.

Héchivard, chargeur dans un roulage, âgé de 27 ans, sanguin, très robuste et jouissant d'une bonne santé, venant de charger sur ses épaules, hier l'après-midi, une balle de coton pesant 350 livres, fut aussitôt entraîné en arrière par cet énorme poids: une botte de foin, contre laquelle les jambes vinrent heurter, détermina la chute à la renverse, dans laquelle le corps fut fortement fléchi, par le fardeau qu'Echivard avait retenu avec effort, sur ses épaules. Après avoir perdu momentanément connaissance, le malade s'aperçut que, quelque effort qu'il fît, il ne pouvait mouvoir les membres inférieurs. Il fut apporté à l'hôpital vers huit heures du soir, et saigné immédiatement après son entrée.

---

(1) Recueillie par M. Leloutre, interne de première classe.

Aujourd'hui matin, le malade est dans l'état suivant : il est couché sur le dos, sans pouvoir changer de position; il est fatigué et assoupi; il éprouve une douleur vive à la partie inférieure et postérieure de la région cervicale; il ne peut mouvoir les membres inférieurs. La peau qui recouvre ses membres, l'abdomen et la partie inférieure de la poitrine, jusqu'à la hauteur des mamelles, a perdu une grande partie de sa sensibilité; mais elle en conserve assez pour apprécier le contact des corps extérieurs : le malade sent seulement que l'on touche la peau dans les parties que je viens d'indiquer, lorsqu'on la pince fortement, et la diminution de la sensibilité est égale dans toutes ces parties. *Les membres supérieurs ont perdu de leur force* (1); la sensibilité de leurs tégumens n'est pas altérée. Le malade n'est pas allé à la selle et n'a pas uriné depuis son accident, et n'en sent pas le besoin. Il éprouve le sentiment d'une barre transversale à la base de la poitrine; la respiration est courte et gênée; le pouls est résistant, très développé et un peu rare (60 pulsations par minute); le pénis est en érection; la peau est chaude et moite. Une sonde de gomme introduite et laissée à demeure dans la vessie, donne issue à une petite quantité

(1) Si la lésion eût été dans une région encore plus élevée, au lieu de la simple diminution des forces, on aurait observé une paralysie complète; mais une partie des nerfs qui concourent à former le plexus cervical n'étant pas altérée, il n'a pu exister qu'une diminution des forces.

d'urine. Immédiatement après l'érection cesse ; on prescrit une saignée du bras, du lin édulcoré et la diète.

3 octobre. La dyspnée a augmenté ; l'expiration est accompagnée d'une sorte de secousse ; les bronches sont remplies de mucosités qui produisent un râle très bruyant ; la voix est affaiblie. Le pouls a beaucoup perdu de son développement, et est devenu fréquent ; la langue est luisante et sèche ; il n'y a pas eu d'évacuations alvines.

3 octobre au soir. Le malade a du délire depuis plusieurs heures ; la respiration est plus gênée et accompagnée de mouvemens brusques, de soulèvement et d'abaissement des parois de l'abdomen ; en les comprimant, on rend la suffocation imminente. Le pouls est fréquent et la chaleur de la peau excessive.

4 octobre. Le malade est mort hier au soir, à dix heures, trois jours après son accident.

Ouverture du corps, faite 36 *heures après la mort.*

L'apophyse inférieure gauche de la cinquième vertèbre cervicale est fracturée ; les ligamens placés entre cette vertèbre et la suivante sont déchirés ; ces deux vertèbres sont assez mobiles, pour que l'on puisse les faire glisser facilement l'une sur l'autre, en avant et en arrière ; il n'y a point de sang épanché dans le canal vertébral ; les membranes rachidiennes n'offrent pas de lésion. Dans le point correspondant à la fracture, le tissu de la moelle fendu longitudi-

nalement, est légèrement ramolli et mêlé de stries de sang.

Les poumons sont considérablement engorgés.

Il n'y a pas d'altération dans les autres organes.

XLVIe OBSERVATION (1).

Paraplégie traumatique.

15 août 1821. Charles Verhulst, carrier aux buttes Montmartre, âgé de 39 ans, vigoureux et jouissant depuis long-temps d'une bonne santé, eut le corps couvert par les débris d'une voûte sous laquelle il travaillait habituellement et qui s'écroula hier, vers quatre heures de l'après-midi. Une paraplégie, une fracture simple du radius gauche, une fracture du premier métacarpien de la main droite, et une plaie contuse du front, sont les résultats de cet accident.

Le malade, entré à l'hôpital hier au soir, se présente dans l'état suivant : il y a paralysie du sentiment et du mouvement dans les membres inférieurs; cependant la peau de la moitié supérieure de la région antérieure des cuisses jouit encore d'une sensibilité obscure, ainsi que celle du pénis; ces membres sont le siége de douleurs et de fourmillemens. Une douleur vive se fait sentir dans les lombes que l'on n'examine pas; une tumeur ovoïde soulève la région hy-

(1) Recueillie par M. Leloutre, interne de première classe.

pogastrique. Depuis l'accident, il n'y a eu aucune évacuation d'urine ni de matières fécales, et le besoin ne s'en fait pas sentir. On a retiré une grande quantité d'urine de la vessie, au moyen d'une sonde de gomme que l'on a laissée à demeure. On a pansé les fractures des membres et la plaie du front.

16 août au soir. Le malade souffre moins de la région lombaire, et la sensibilité de la région extérieure des cuisses est plus développée.

17 août. Depuis hier au soir, plusieurs évacuations involontaires de matières fécales ont eu lieu.

21 août. La sensibilité a diminué notablement dans les tégumens des cuisses et sur la région hypogastrique : quand on les pince avec force, le malade croit qu'on se borne à les toucher. Des vomissemens bilieux ont lieu de temps en temps, depuis hier matin. Il n'est pas sorti de matières fécales depuis le 17. Le pouls est devenu fréquent.

22 août. La constipation persiste; les vomissemens ont cessé.

24 août. Les matières fécales ont recommencé à sortir hier, en assez grande quantité pour que l'on ait été obligé de les enlever plusieurs fois. La physionomie a pris une expression fâcheuse; les mouvemens de la respiration sont fréquens et brusques; le pouls est petit et très fréquent.

25 août 11e jour. Le malade est mort dans le courant de la nuit. Avant d'expirer, il a été agité et a cherché à sortir de son lit.

Ouverture du corps, faite 35 *heures après la mort.*

Il y a un écartement très marqué entre les apophyses épineuses de la dernière vertèbre dorsale dont le corps est fracturé, et de la première lombaire; les parties molles qui avoisinent ces vertèbres sont ramollies et noires. Il n'y a point de sang épanché dans le canal vertébral. La dure-mère ne présente aucune lésion. L'extrémité inférieure de la moelle épinière et les racines nerveuses qui la recouvrent, dans l'étendue de quatre pouces, sont diffluentes, et ont la couleur du chocolat.

Les fractures des membres n'offrent rien de remarquable.

On ne trouve pas d'altération dans les viscères.

CHAPITRE XI.

Diagnostic.

PREMIÈRE PARTIE.

Appréciation des différens symptômes ; leur conversion en signes.

Nous ne cesserons de le redire : dans le diagnostic consiste toute la médecine ; sans lui il ne peut y avoir qu'erreur et que confusion. C'est la plus importante de toutes les connaissances médicales. Toutes les observations n'aboutissent en dernière analyse qu'au diagnostic ; de lui seul découlent les indications curatives fondées sur la raison. Sans lui l'humanité est en proie à l'empirisme aveugle, au hasard destructeur (1) : et qu'on ne vienne pas nous dire que tout le monde reconnaît ces vérités immuables ; ils ne les

(1) La science du diagnostic tient le premier rang entre toutes les parties de l'art, et en est la plus utile et la plus difficile. Le discernement du caractère propre de chaque genre de maladie et de ses différentes espèces, est la source des indications curatives : sans un diagnostic exact et précis, la théorie est toujours en défaut, et la pratique souvent infidèle. (Louis, *Mémoires de l'Académie royale de Chirurgie*, tome V.)

reconnaissent pas, ceux qui cherchent des remèdes avant de connaître les maladies. Toute notre attention s'est portée sur ce point intéressant. Nous allons donner le résultat de nos méditations : elles sont toutes la conséquence rigoureuse des faits que nous avons observés, et chacune de nos propositions pourra trouver sa preuve dans les histoires que nous avons publiées : nous aurions pu y renvoyer directement le lecteur; mais, pensant qu'il aura sans doute lu ces observations avec soin, et qu'il doit avoir leurs détails encore présens à la pensée, nous avons cru cette précaution inutile.

On ne manquera pas sans doute de nous objecter que nous nous sommes donné une peine superflue, puisqu'enfin le but de la médecine est de guérir, et que tous nos efforts n'ont pu y atteindre. Nous répondrons à ce propos, 1° que quand nous n'aurions gagné à ces recherches que l'avantage de ne pas nuire en médicamentant nos malades à tort et à travers, ce serait déjà un très grand service rendu à l'humanité; 2° qu'il est des maladies qui sont jusqu'ici au-dessus des ressources de l'art, et qu'il n'en est pas moins fort important de connaître, parce qu'on ne peut jamais être certain que ces maladies seront toujours au-dessus de nos moyens, surtout quand il reste encore quelque obscurité sur ces maladies; qu'il est possible alors que des recherches pathologiques détruisent cette terrible fatalité; que ce n'est même que par leur moyen qu'on y peut arriver, et non en cherchant des remèdes au hasard. Vainement

on me dira que le quinquina, le mercure, la vaccine, sont les fruits heureux de ce hasard que je méprise; que jusqu'à nos jours on a traité et guéri les maladies sans en connaître le siége : je demanderai à mon tour si, parce qu'on a vu des personnes faire leur fortune sur un quine, il serait prudent de mettre sa fortune sur un quine, et quel est l'insensé qui voudrait y exposer sa vie. Et certes, c'est jouer sur des chances bien moins favorables que de chercher un remède au hasard. Enfin, à supposer que nous n'eussions acquis que le moyen de distinguer une affection *incurable*, des autres maladies qui lui ressemblent et qui sont susceptibles de guérison, telles que l'apoplexie, ne serait-il pas très avantageux d'avoir acquis cette connaissance? Compte-t-on pour rien de pouvoir porter avec assurance un diagnostic certain? de pouvoir, dans quelques cas, prévoir la terminaison heureuse d'une maladie, et d'avoir, dans tous, la certitude de son issue? N'est-ce pas confondre et mettre au même niveau, le savoir et l'ignorance, la certitude et l'incertitude, la lumière et les ténèbres?

PREMIÈRE SECTION.

Appréciation des symptômes de la première période.

§ I. *Céphalalgie.*

La douleur de tête fixe que ressentent les malades à cette époque, doit fixer l'attention du médecin; ce symptôme, commun dans beaucoup d'affections,

échappe la plupart du temps à l'observateur; cependant il est de la plus haute importance. Seul, isolé, il ne suffit pas pour diagnostiquer le ramollissement; mais s'il se manifeste en même temps des *engourdissemens*, des *fourmillemens*, de la *pesanteur*, de la *douleur*, de la *contracture*, ou *quelques mouvemens convulsifs*, dans les membres opposés à cette douleur; si l'*intelligence* et les *sens s'altèrent*, on devra redouter la maladie dont nous parlons; elle sera indubitable si ces phénomènes augmentent d'intensité brusquement ou d'une manière plus ou moins rapide. La céphalalgie circonscrite, fixe et opiniâtre, annonce un *travail local* dans le cerveau; il est vraisemblable que, dans ce cas, ce travail est de nature inflammatoire.

§ II. *Vertiges.*

Les *vertiges* accompagnent aussi beaucoup de maladies; on sait qu'ils sont le résultat ordinaire de l'ingestion du vin et de certaines substances dans l'estomac; ce symptôme seul ne peut devenir le signe du ramollissement; il indique seulement une congestion vers le cerveau, congestion générale et non partielle, qui comprime la masse encéphalique.

§ III. *Diminution des facultés de l'intelligence.*

La *diminution des facultés de l'intelligence* n'est pas commune dans cette période; elle peut être le résultat d'un travail local dans le cerveau, ainsi que nous le verrons bientôt, mais elle ne peut faire re-

connaître ce travail; *elle ne localise pas l'affection cérébrale.* C'est un signe général de maladie du cerveau qui ne peut servir à fixer le siége de l'altération. La céphalalgie et surtout la paralysie d'un seul côté du corps sont des signes bien autrement précis. La diminution des facultés intellectuelles peut arriver lorsque l'encéphale est affecté dans son ensemble ou dans sa partie centrale; elle est le signe ou d'une congestion de sang générale, ou d'un épanchement séreux dans les ventricules, ou d'un épanchement de liquide, soit de sérosité, soit de pus, entre les méninges, ou d'une inflammation de toute la superficie du cerveau, ou d'une maladie qui occupe le point central. Lorsqu'elle arrive dans le ramollissement ou dans l'apoplexie, c'est que le gonflement de la partie malade, ou la distension du foyer sanguin sont assez considérables pour comprimer l'hémisphère sain, ou qu'il existe simultanément quelques-unes des altérations auxquelles nous venons d'attribuer cette diminution de l'intelligence. Ces altérations, comme nous l'avons vu, accompagnent souvent ces deux maladies, et principalement le ramollissement.

Les facultés de l'intelligence sont d'ailleurs lésées d'une manière primitive ou secondaire; leur altération peut être idiopathique ou symptomatique; et bien qu'il soit indispensable qu'il y ait lésion du cerveau pour que l'intelligence soit pervertie, augmentée ou diminuée, ce n'est pas moins un signe peu positif pour la localisation de la maladie.

D'après toutes ces considérations, on conçoit que cette diminution de l'intelligence suit plus souvent qu'elle ne précède le ramollissement cérébral, à moins que celui-ci ne succède à une méningite, ainsi que nous l'avons observé quelquefois.

§ IV. *Tendance au sommeil.*

La *tendance au sommeil*, ainsi que les vertiges, et la diminution de l'intelligence, ne peut indiquer autre chose qu'une congestion dans la tête, une compression de l'encéphale, par la réplétion des vaisseaux et des sinus cérébraux; de même qu'eux, elle indique un effort, un travail de la nature vers cet organe, mais elle ne saurait désigner quelle est cette espèce de travail.

§ V. *Délire.*

Le *délire* se manifeste quelquefois dans la première période du ramollissement. On sait que le délire est un symptôme qui peut se montrer dans toutes les *maladies aiguës;* il est, par conséquent, bien plus souvent sympathique qu'idiopatique. Le cerveau, étroitement lié à tous les organes, entre en souffrance avec eux, et manifeste ce consensus par l'altération de ses fonctions. Cependant ce symptôme peut être le résultat de l'altération visible de la substance même du cerveau, et, dans ce cas, il est vraisemblable que cette altération est de nature inflamma-

toire. Nous reviendrons bientôt sur ce signe, en parlant de l'arachnitis. Si le délire aigu est accompagné de phénomènes fébriles, s'il n'existe d'ailleurs aucun symptôme de phlegmasie dans les viscères thorachiques ou abdominaux, non plus que dans les membres, et surtout s'il survient quelques-uns des signes que nous avons énoncés § Ier, on doit fortement soupçonner que la maladie est dans le cerveau; mais le délire n'annonce encore qu'une altération générale; il n'indique pas *qu'une partie seulement du cerveau* soit lésée.

§ VI.

La démence sénile, et l'aliénation mentale, précèdent souvent le ramollissement; ces maladies ne seraient-elles alors que les symptômes de cette altération latente et chronique?

§ VII.

Jusqu'à présent, si nous exceptons la céphalalgie locale, nous n'avons parlé que de phénomènes qui indiquent une altération générale de l'encéphale ou de ses enveloppes; il n'en est pas de même de ceux dont nous allons nous entretenir. La pesanteur des membres d'un seul côté, les engourdissemens, les fourmillemens, les picotemens, les douleurs, les convulsions, la contracture (1) de ces membres, in-

(1) A cette époque, la contracture des membres n'est guère qu'une roideur un peu forte.

diquent, en effet, une altération locale, bornée, de l'encéphale ou de ses dépendances. Ces divers phénomènes ne sont pas les signes d'une altération de la même nature. Les douleurs, les convulsions, la contracture, indiquent vraisemblablement un travail inflammatoire, surtout s'il se joint à ces symptômes des phénomènes fébriles. La pesanteur des membres et leur engourdissement, accidens bien plus communs que les précédens (ils sont dans la proportion de vingt à un), indiquent une altération de la substance cérébrale, sans exaltation des propriétés dites vitales de cette partie. Lorsque ces symptômes sont le résultat d'une congestion partielle du cerveau, ils disparaissent ordinairement avec promptitude, ou bien le carus, la résolution de tous les membres, leur succèdent rapidement, par l'augmentation subite de la congestion, et le malade succombe. Il est nécessaire qu'ils persistent pendant un certain temps, et augmentent même graduellement d'intensité pour qu'ils désignent l'altération locale dont nous parlons. Ces symptômes, à ce degré, non plus que les précédens, ne sont pas caractéristiques du ramollissement cérébral (je parle surtout de la pesanteur et de l'engourdissement); ils peuvent être produits par une exostose, une tumeur fibreuse ou fongueuse de la dure-mère, par un kyste, un tubercule, un cancer, par toute altération qui détruit ou comprime partiellement l'encéphale; nous verrons plus bas jusqu'à quel point on peut distinguer ces maladies. Mais lorsque les signes de la deuxième période viennent à

se manifester, ils deviennent alors de la plus haute importance pour le diagnostic.

§ VIII. *Symptômes fournis par les sens dans la première période.*

En général, l'exaltation des sens est bien plus rare qu'on ne pourrait le croire, si l'on pensait que le ramollissement est toujours une inflammation. L'impression pénible d'une vive lumière est un symptôme rare, même dans cette première période; il est bien plus fréquent d'observer le contraire: la vue est ordinairement trouble, obscure; l'exaltation de ce sens, les éblouissemens, indiquent une inflammation; l'état contraire exclut cette idée. L'une et l'autre ne sauraient caractériser une *lésion circonscrite* dans le cerveau. Il n'en est pas de même du *strabisme* ou de la *paralysie d'un œil*, accidens de la deuxième période.

Ce que nous venons de dire pour la vue trouve son application à l'ouïe. Son exaltation rare et les tintemens d'oreille, seraient le signe d'un état inflammatoire. La dureté de l'ouïe, bien plus fréquente, appartient à une maladie d'une autre nature. Lorsque les deux oreilles sont en même temps frappées, de même que les deux yeux, l'affection est générale, occupe les méninges, la périphérie du cerveau ou bien encore son centre. Si une oreille seule est malade, ce qu'il est difficile d'apprendre, les probabilités pour une maladie bornée sont plus grandes.

§ IX.

L'état de l'odorat et du goût est le même que celui des autres sens; le plus fréquemment, il existe une diminution de leur sensibilité. La langue est souvent embarrassée; on ne peut conclure de cet état qu'une congestion, une affection générale ou centrale de l'encéphale.

§ X.

Je ne parlerai pas des symptômes fournis par les fonctions de la vie organique; ils sont tous généraux, sympathiques, et ne peuvent donner aucune lumière : cependant, s'il existe en même temps quelques symptômes fournis par la vie animale, ils pourront devenir de quelque importance : par exemple, lorsqu'il existe une inflammation de quelque viscère thorachique ou abdominal, ou de tous à la fois, avec délire, et qu'il survient de l'engourdissement dans un des membres supérieurs, on doit redouter le ramollissement.

§ XI.

Le lecteur attentif s'est sans doute aperçu que dans l'appréciation des symptômes de la première période, presque tous ces symptômes n'indiquent qu'une *altération générale* de l'encéphale et de ses dépendances. Le *mal de tête fixe et opiniâtre*, l'*en-*

gourdissement, la *pesanteur*, la *convulsion* tonique ou clonique, les *picotemens*, les *douleurs des membres*, sont les seuls symptômes d'un travail local; mais ils sont si légers dans cette période, qu'on peut espérer de les voir disparaître par des soins convenables: cependant, lorsqu'ils annoncent un ramollissement, bien loin de diminuer, ils persistent au même degré pendant un certain temps, et finissent par augmenter d'intensité; jusque-là on doit s'abstenir de porter son jugement sur la maladie. Mais lorsque les symptômes de la deuxième période viennent à se manifester, alors la maladie devient bien plus claire; son diagnostic est à peu près certain.

DEUXIÈME SECTION.

Appréciation des symptômes de la deuxième période.

Ces symptômes ne sont, pour ainsi dire, que l'exagération de ceux que nous venons d'examiner. Cette augmetnation dans les symptômes arrive quelquefois subitement, mais le plus ordinairement d'une manière graduelle, et assez rapide cependant pour imprimer à la maladie un caractère déterminé, une marche plus franche et plus certaine que celle qu'elle affectait dans la première période. Il est vraisemblable que ces accidens ne dépendent pas d'une lésion survenue, formée tout à coup; mais que l'altération qui, jusque-là, avait marché lentement, d'une manière obscure et latente, a atteint le développement

nécessaire à la manifestation des troubles dans les fonctions de l'organe lésé. On sait que les maladies lentes atteignent un haut degré de développement, sans altérer les fonctions de l'organe qu'elles minent sourdement; mais qu'enfin, à une certaine époque, cet organe cesse tout à coup de pouvoir exécuter ses fonctions. Il est très probable qu'il se passe ici quelque chose d'analogue; les symptômes vagues qui existent dans la première période, annoncent que l'organe s'altère; la désorganisation profonde qu'on rencontre après la mort ne peut pas être instantanée. Ce sont des raisons suffisantes, ce nous semble, pour admettre cette marche de la maladie.

§ I. *Paralysie des membres.*

La paralysie est sans contredit le symptôme le plus constant du ramollissement du cerveau. L'individu qui en est affecté perd tout à coup, ou graduellement, mais d'une manière plus ou moins rapide, l'usage de quelqu'un de ses membres, quelquefois d'une moitié du corps. La paralysie est le signe le moins équivoque d'une lésion locale de l'encéphale ou de ses dépendances. Cette proposition va, nous n'en doutons pas, faire pousser de grandes exclamations aux partisans des *paralysies nerveuses*; mais je voudrais bien qu'on m'expliquât ce qu'on entend par une *paralysie nerveuse.* Prétend-on qu'il n'existe alors aucune altération dans les organes de la sensibilité ? Mais quoi de plus absurde que de

supposer une fonction lésée, sans vouloir reconnaître que l'organe qui l'exécute doive être altéré? Mais on ne trouve rien. Ah! on ne trouve rien! c'est fort aisé à dire, c'est commode; cela débarrasse du soin de se livrer à de pénibles investigations; mais daignez chercher avec attention, et vous verrez combien les cas où l'on ne trouve rien sont rares; et, dans ces cas rares, avouez la faiblesse de vos moyens, et ne dites pas qu'il n'y a rien, parce qu'il est impossible qu'il n'y ait rien. Depuis que nous avons appris à chercher, nous sommes bien plus heureux à trouver, et les cas où nous ne trouvons rien deviennent de jour en jour moins communs. La paralysie n'est donc qu'un symptôme; lorsqu'elle est partielle, elle annonce, avons-nous dit, une altération dans les organes de la sensibilité. Elle peut dépendre en effet du ramollissement, d'un épanchement de sang dans un lobe du cerveau, du développement d'une tumeur quelconque dans cet organe, etc. La manière dont elle se montre doit faire distinguer à laquelle de ces lésions elle appartient; c'est ce dont nous nous occuperons dans la deuxième partie.

La paralysie, qui peut être regardée, ainsi que nous venons de le dire, comme un des signes les plus positifs d'une altération de l'encéphale, peut cependant dépendre de l'altération d'autres organes, qu'il est de la plus haute importance de signaler, pour ne pas s'exposer aux erreurs les plus graves de diagnostic. Le défaut de circulation dans un membre

occasionne son immobilité, quelle que soit d'ailleurs la cause qui arrête le cours du sang. Cette espèce de paralysie est rare, et ne survient ordinairement que chez les personnes avancées en âge, par l'ossification et l'oblitération d'un tronc artériel. Elle pourrait aussi dépendre de la compression exercée sur le vaisseau par une tumeur développée sur son trajet; ou toute autre cause analogue. Cette paralysie se distingue de celles qui dépendent d'une altération de l'encéphale par la couleur du membre, qui est ordinairement violacé, marbré, ou du moins d'une teinte plus foncée que celle du membre sain (il est très rare que les deux côtés soient frappés en même temps); par sa température, qui est sensiblement plus basse que celle du côté opposé: mais le signe distinctif de cette sorte de paralysie, c'est certainement l'absence des pulsations artérielles dans le lieu où elles doivent se percevoir dans l'état naturel. Si vous joignez à cela la marche de l'affection et l'absence de tout autre symptôme cérébral, il sera difficile, pour ne pas dire impossible, de méconnaître cette affection. J'ai eu occasion d'observer récemment deux paralysies de ce genre, dont je vais donner ici le sommaire, rien n'étant plus propre, à mon avis, à faire reconnaître une maladie que les histoires détaillées. L'une avait son siége à l'extrémité supérieure; l'autre à l'extrémité inférieure.

XLVII[e] OBSERVATION (1).

Paralysie dépendante de l'Oblitération de l'artère brachiale.

Louise-Marguerite Leriche-Chalange, âgée de 81 ans, passa plusieurs mois de l'été dernier à l'infirmerie pour une irritation gastro-intestinale, qui fût assez heureusement combattue pour qu'elle pût retourner dans son dortoir, et reprendre le cours ordinaire de ses habitudes.

Le 19 décembre elle entra de nouveau à l'infirmerie avec un catarrhe pulmonaire consécutif, suivant toute apparence, à une altération des principaux organes de la circulation. Elle était alors extrêmement débile, la peau froide, la face sans expression, sans couleur, les yeux ternes.

Après un traitement de quelque temps dans la salle Saint-Antoine, comme elle était très soulagée de son catarrhe, mais qu'elle était loin d'être revenue à un état de santé bien satisfaisant, elle fut transportée dans la salle Saint-Sauveur (2). Bientôt son intelligence s'engourdit; l'état de faiblesse augmenta; le pouls devint encore plus faible surtout du côté droit; somnolence habituelle qui paraissait plutôt dépendre de défaut d'excitation cérébrale, que d'une congestion active, car la face

(1) Par M. Foville.

(2) Où l'on met les valétudinaires.

était pâle; on pouvait facilement réveiller la malade, qui jetait un regard hébêté sur les personnes qui lui parlaient, répondait faiblement, et en balbutiant aux questions qui lui étaient faites, ne se plaignait d'aucune douleur dans la tête, etc.

Depuis assez long-temps, elle prenait une boisson aromatique; on lui mit un vésicatoire à la cuisse; il procura pendant quelques jours un peu d'excitation; mais bientôt elle retomba dans la même langueur, et fut prise de paralysie complète dans le bras du côté droit. Ce membre était en même temps complètement froid, livide dans toute son étendue; mais la pulpe des doigts présentait surtout une teinte violacée-brunâtre; elle était flétrie, et paraissait menacée de gangrène. Le pouls était tout-à-fait insensible de ce côté. Des frictions aromatiques faites sur ces parties y ramenèrent un peu de chaleur et de motilité. Il parut même alors qu'on sentait de loin en loin les battemens de l'artère radiale. Celle du côté opposé offrait des pulsations irrégulières, très inégales, dont les plus fortes paraissaient correspondre aux seules qu'on distinguât à droite. Depuis ce temps la mobilité et la température du bras droit ont varié d'un jour à l'autre; mais jamais ils n'ont été comme dans l'état naturel; jamais non plus la paralysie n'a été aussi complète que dans le début.

Dans cet état de choses, à quelle cause organique rapporter cette espèce de paralysie? Dépend-elle d'une affection du cerveau? Il est vrai que l'alté-

ration de l'intelligence coïncide à celle des mouvemens; mais aucun signe local, aucune douleur de tête, aucune convulsion, aucune perte de connaissance ne peut faire présumer un travail local dans l'encéphale : il faut remarquer encore que la jambe droite n'est pas dans un état différent de celle du côté opposé; que la bouche et la langue ne sont pas contournées; qu'il n'existe pas d'inégalité entre les deux pupilles.

On voit par là que, malgré l'altération de l'intelligence, il n'existe aucune raison bien forte pour admettre une altération locale du cerveau. Il est donc probable que la lésion des mouvemens du bras droit vient d'une source moins éloignée, et qu'elle tient à la lésion des parties essentielles, entrant dans la composition de ce membre. Mais sont-ce les nerfs, sont-ce les vaisseaux? Il pourrait y avoir du doute si l'on n'avait été à portée de remarquer l'affaiblissement graduel, enfin, l'absence complète des pulsations artérielles. Cette circonstance me paraît propre à lever toute difficulté, et suffisante pour qu'on puisse conclure, d'une manière positive, que l'oblitération de l'artère principale de ce membre est la seule cause de la paralysie observée. Si l'on objecte que cette cause restant la même, il est difficile de dire pourquoi la lésion a varié, il me semble assez rationnel d'admettre, que ces changemens peuvent dépendre des moyens stimulans administrés, lesquels ont dû augmenter l'activité, la force des pulsations du cœur qui, pous-

sant alors le sang avec plus de force, a pu surmonter en partie l'obstacle, ou faire parvenir, par des vaisseaux collatéraux, assez de sang dans le membre pour réveiller un peu sa sensibilité.

Il est à remarquer que les mouvemens des membres inférieurs et du bras gauche commencent aussi à s'affaiblir, et qu'en même temps les pulsations artérielles de ces parties diminuent de force, ce qui démontre en quelque sorte une altération progressive et générale du système artériel à laquelle sans doute il faut rapporter aussi l'affaiblissement très sensible de l'intelligence, par défaut d'une circulation assez active dans les parties qui président à cette fonction.

Quelques jours se passent encore dans cette languissante agonie, enfin la mort arrive.

Examen du cadavre.

L'examen du cadavre confirma parfaitement les conjectures formées pendant la vie. On trouva l'artère brachiale du côté droit, oblitérée totalement, a peu près au niveau de l'insertion du deltoïde. A l'humérus, au-dessus de cette oblitération, se présentait un renflement de l'artère, qui contenait à cet endroit une masse très dense de fibrine, dont la périphérie avait contracté des adhérences avec les parois artérielles. Les branches, rameaux, etc., qui naissaient au-dessus de l'oblitération, avaient plus de capacité que dans l'état naturel, tandis

qu'au-dessous de l'oblitération, l'artère, réduite à un très petit calibre, était fermée dans son intérieur, et d'un jaune plus intense que dans l'état sain; l'artère brachiale gauche était aussi très rétrécie et fermée de la même manière, mais aucun caillot n'en oblitérait le canal; de sorte que la circulation, sans y être complètement suspendue, devait y être très lente, très incomplète, ce qui s'accorde parfaitement avec les symptômes observés de ce côté. Les artères crurales commençaient de même à diminuer de calibre, et leur paroi interne présentait la même altération.

Toutes les artères, situées à la base du cerveau, étaient transformées en tubes cartilagineux très denses. Plusieurs plaques, comme pétreuses, se rencontraient dans l'aorte pectorale et abdominale; enfin, le cœur était hypertrophié.

Les poumons engoués, la membrane muqueuse du canal intestinal, d'une rougeur livide, attestaient encore la difficulté extrême de la circulation dans ces parties, la stagnation du sang dans ces organes si perméables.

XLVIIIe. OBSERVATION.

Paralysie dépendante de l'oblitération de l'artère fémorale (1).

Une femme d'environ 80 ans, d'une constitution très grêle, entra à l'infirmerie l'automne dernier, pour une hypertrophie des cavités gauches du cœur, et un catarrhe bronchique asssez intense. Après quelques semaines de séjour dans la salle Saint-Jean, la malade se plaignit d'éprouver dans la jambe gauche un engourdissement, et surtout des douleurs qu'on ne put calmer par aucun moyen. La jambe gauche était constamment plus froide que celle du côté droit ; les veines qui la recouvraient étaient bleuâtres. Du reste, nulle douleur à la tête ; la figure était très pâle ; les lèvres, légèrement bleuâtres ; l'intelligence parfaitement saine. Le bras du même côté était parfaitement sain.

La malade resta au moins quinze jours dans cet état. Alors, les douleurs augmentèrent, ainsi que l'engourdissement, la difficulté de mouvoir le membre, mais *jamais il n'y eut paralysie complète*, suivant l'acception du mot.

M. Rostan nous annonça, long-temps avant la mort de la malade, que tous les accidens devaient être attribués à une oblitération progressive de l'artère principale du membre, et l'ouverture du corps

(1) Recueillie par M. Leblond.

prouva la justesse de ce diagnostic. (La maladie dura environ un mois.)

On trouva, à l'autopsie, un caillot fibrineux dans toute la longueur de l'artère crurale. Ce caillot commençait deux ou trois travers de doigt au-dessous de l'arcade fémorale, au-dessous de la crurale profonde, et se prolongeait jusque dans la partie supérieure de l'arcade poplitée. L'artère était rétrécie dans sa partie supérieure. Dans ce point, le caillot, tout-à-fait dépouillé du cruor, adhérait intimement aux parois artérielles, et dans le reste de son étendue, il était noirâtre, plus mou, et libre dans l'intérieur du canal. La fin de l'artère fémorale n'était que très légèrement rétrécie. La veine fémorale était remplie de sang fluide.

La paralysie d'un membre peut dépendre d'une tumeur développée sur le trajet d'un nerf; mais alors il ne saurait y avoir hémiplégie complète ; la paralysie est bornée à un membre. J'ai observé plusieurs fois que des tumeurs développées dans le bassin, en comprimant le plexus sciatique, occasionnaient l'hémi-paraplégie; mais la présence d'une tumeur et la connaissance de son siége doivent faire éviter toute espèce d'erreur. Je voudrais pouvoir citer ici une observation de ce genre qui a été lue dans mes cours de clinique, mais elle ne m'a pas été remise. Le déplacement de la tumeur, sa diminution par une cause quelconque, suffisent pour diminuer ou même dissiper les accidens de paralysie.

Il faut avouer qu'il existe quelques paralysies dont

il est fort difficile de déterminer le siége, et de préciser le genre d'altération organique qui les produit. Telles sont, par exemple, les paralysies causées par certaines vapeurs métalliques; celles qui surviennent chez les peintres et les plombiers; celles qu'occasionnent l'usage de certaines substances narcotiques, etc. Cette partie de l'art est encore couverte d'un voile épais. Mais il est pour moi tout-à-fait démontré que ces paralysies ont leur siége dans les organes de l'innervation. Nos moyens investigateurs sont seulement trop imparfaits pour en découvrir la nature.

Vers la fin de beaucoup de maladies aiguës et de certaines maladies chroniques, il survient quelquefois des paralysies et des contractures des membres qui peuvent paraître aux personnes peu exercées des signes de ramollissement ou d'hémorrhagie cérébrale. J'ai vu et fait observer à mes auditeurs, dans mon dernier cours de clinique, une femme, avancée en âge, et faible, qui paraissait plongée dans un état comateux, avec paralysie et contracture des membres. J'annonçai que cet état pouvait bien n'être que consécutif d'une péripneumonie ou d'une gastro-entérite. Un examen attentif nous fit reconnaître la première de ces affections, et j'eus alors la presque certitude que nous ne trouverions rien dans le cerveau, ce qui fut confirmé par l'ouverture du corps.

Les maladies du cœur arrivées à leur dernière période, donnent quelquefois lieu à des phénomènes cérébraux bien propres à jeter dans l'erreur les médecins peu exercés. Les malades tombent dans un

état comateux, soit par défaut d'excitation cérébrale, le sang n'arrivant plus vers l'encéphale à cause des obstacles opposés à son cours avant l'origne des carotides, soit par l'abord trop considérable de ce même fluide vers ce même viscère, l'obstacle étant placé après la naissance des sous-clavières; une paralysie bien évidente survient, et l'on ne manque pas d'attribuer ces phénomènes à une altération du cerveau : si l'autopsie la plus minutieuse ne fait rien découvrir dans cet organe, on ne manque pas de s'élever contre l'exactitude des signes que nous avons donnés, comme caractéristiques du ramollissement cérébral. Je prie le lecteur de bien fixer son attention sur ce que j'écris en ce moment; ce que je dis m'est arrivé souvent. J'ai reçu des reproches de médecins de beaucoup de mérite d'ailleurs, parce que dans des cas analogues à ceux que je viens de citer, ils n'avaient rien trouvé dans le cerveau.

J'ai vu aussi tout récemment, une femme qui présentait des symptômes cérébraux, et que je reconnus pour être atteinte d'une péricardite, ce qui fut constaté par le même moyen. Voici cette observation.

XLIXe OBSERVATION (1).

Une femme, âgée de plus de 60 ans, d'une obésité remarquable, entra à l'infirmerie vers la fin de mai 1823, pour une affection mal caractérisée. Deux jours

(1) Par M. Foville.

après son entrée à l'infirmerie, elle tomba dans une perte profonde de connaissance. Le lendemain, c'est-à-dire le troisième jour après son entrée à l'infirmerie, ses yeux étaient fixes, comme convulsés, les paupières étaient fortement ouvertes, la face était fortement colorée, excitée ; les membres dans une immobilité presqu'absolue. Cependant en les pinçant, on déterminait des mouvemens également prononcés à droite et à gauche, dans les bras et dans les jambes. Cet état qui existait depuis la veille au soir, avait fait croire à l'élève de garde qu'il existait une affection cérébrale.

Le pouls était d'une telle faiblesse, qu'il fallut quelque temps à plusieurs personnes pour percevoir ses pulsations, les battemens du cœur étaient aussi fort obscurs et fort lents. Les symptômes cérébraux qui existaient ne pouvaient dépendre que d'une altération cérébrale générale ou centrale, telle qu'une meningite ou une simple congestion ; mais comme les phénomènes généraux arrivent souvent d'une manière consécutive à quelques maladies des autres viscères, M. Rostan pensa que chez cette femme il pourrait bien y avoir quelque inflammation profonde des viscères thoraciques ou abdominaux. Ces altérations remarquables de la circulation n'étant point en rapport avec la force de la malade, et les autres phénomènes de réaction lui firent penser que l'organe principal de cette fonction était affecté, et que les symptômes léthargiques reconnaissaient pour cause une péricardite, la marche aiguë de la maladie

et les signes inflammatoires excluant toute idée d'affection chronique du cœur, les autres viscères étant d'ailleurs parfaitement sains.

La malade succomba le lendemain. A l'ouverture du cadavre on trouva le péricarde rempli d'une sérosité sanglante ; une fausse membrane épaisse, granulée, d'un rouge très intense, était formée à la surface de la portion séreuse du péricarde qui tapisse le cœur. Dans plusieurs endroits il y avait des adhérences faciles à rompre par le peu de consistance de la fausse membrane qui les formait.

Le tissu du cœur était mou, injecté d'un sang livide.

D'ailleurs, le volume absolu de cet organe surpassait de beaucoup ses dimensions ordinaires.

Le cerveau ne présentait aucune altération. Les poumons et les organes contenus dans l'abdomen n'étaient non plus le siége d'aucune maladie prononcée.

Quoique les faits que nous venons d'exposer doivent jeter de l'obscurité sur le diagnostic et le rendre beaucoup plus difficile, il n'est cependant pas impossible de les reconnaître et de les signaler *à priori.*

Nous avons dit comment on pouvait distinguer la paralysie causée par l'ossification des vaisseaux. On reconnaîtra celle que produisent les vapeurs minérales et certaines substances narcotiques, à la nature de la cause spécifique toujours facile à constater. D'ailleurs, les signes caractéristiques de la colique métallique ne laisseront aucun doute sur la nature de la paralysie qui suit cette affection.

Pour la perte du mouvement et du sentiment qui se manifeste dans les derniers jours d'une maladie aiguë, si cette maladie a été grave, intense, qu'elle ait paru tout-à-fait exempte, pendant son cours, de complication cérébrale; si les signes qui surviennent ont quelque chose d'obscur, s'ils sont généraux, ou, si même ils ne sont que peu différens d'un côté à l'autre; si la différence n'est pas parfaitement tranchée, on aura les plus grandes probabilités de croire que le cerveau n'est pas profondément altéré dans sa substance.

Enfin, pour les anévrysmes, l'existence bien confirmée de cette maladie, doit rendre très réservé sur le diagnostic qu'on pourrait porter d'une altération de l'encéphale; et à moins que les signes de cette dernière affection ne soient très positifs, il faut s'abstenir de prononcer. Une grande habitude de saisir les phénomènes les plus fugaces, peut seule mettre l'observateur à l'abri d'une méprise.

Lorsque la paralysie est générale, elle prouve que la lésion n'est pas circonscrite. Elle dépend alors, ou d'une congestion sanguine très considérable des sinus ou des vaisseaux du cerveau, ou d'une méningite terminée par un épanchement de sérosité limpide ou trouble entre la pie-mère et l'arachnoïde, ou d'une collection séreuse dans les ventricules, d'un épanchement de sang assez considérable pour comprimer l'hémisphère sain, etc.

La résolution générale des membres arrive ordinairement vers la fin du ramollissement, 1° parce

que la partie malade du cerveau est quelquefois assez boursoufflée pour comprimer le côté sain; 2° parce que l'accumulation de sérosité dans les ventricules et dans l'intervalle des meninges est la suite ordinaire du ramollissement cérébral. La paralysie générale peut survenir aussi dans les cas où le ramollissement occupe le centre du cerveau, le septum médian, la protubérance annulaire, etc., ou les deux hémisphères à la fois. Ces derniers cas sont les plus obscurs pour le diagnostic; ils sont heureusement rares. Pour que la paralysie devienne un signe de ramollissement, il faut qu'elle arrive chez un individu qui a éprouvé quelque temps des pesanteurs, des engourdissemens, etc., dans un membre, et qu'elle aille en augmentant d'une manière assez rapide jusqu'à la mort.

La paralysie commence le plus ordinairement par les membres supérieurs; mais il n'est pas rare de voir la jambe d'un côté prise la première (1). Lorsque la tête est libre, l'intelligence saine, les membres supérieurs mobiles et sensibles, on serait porté à croire que le prolongement rachidien est affecté; mais si la jambe d'un seul côté est prise, comment penser que la maladie soit assez peu étendue pour n'occuper que la moitié de la moelle, et dans ce cas, pour ne pas comprimer l'autre moitié? L'étroitesse du canal vertébral, le peu de diamètre de la moelle épinière peuvent-ils permettre une pareille supposi-

---

(1) *Voyez* l'observation XXXVI, page 133.

tion ? On voit bientôt, en effet, le membre supérieur devenir contracté, douloureux ou paralysé ; une douleur de tête se manifeste du côté opposé à ce membre, etc., ce qui ne laisse plus de doute sur le siége de la maladie ; mais comment se fait-il que le membre inférieur soit affecté le premier, et que les supérieurs n'éprouvent aucune altération ? Si le lecteur se rappelle ce que nous avons dit plus haut, c'est-à-dire, qu'il est impossible que deux fonctions différentes soient exécutées simultanément par le même organe, et qu'il est par conséquent nécessaire que deux parties différentes de l'encéphale soient chargées de présider aux mouvemens des membres thoraciques et à ceux des membres abdominaux, on conviendra que ces deux parties peuvent être lésées, indépendamment l'une de l'autre. C'est en effet ce que l'observation démontre. Nous exposerons à la fin de cette section les travaux récemment entrepris, pour déterminer qu'elles étaient les diverses parties du cerveau qui présidaient aux différentes fonctions dont cet organe était chargé. Quant à moi, j'avais fait des recherches pour déterminer dans le vivant, le siége précis de la maladie, par les signes présentés par les malades. J'avais pensé que la paralysie des membres devait avoir son siége dans un endroit particulier ; celle des sens dans un autre ; celle des diverses facultés intellectuelles dans un autre, et j'espérais arriver à cet égard à quelque chose de satisfaisant. J'ai beaucoup multiplié mes recherches, et le résultat obtenu n'a

pas répondu à mon espérance. J'ai rencontré les symptômes les plus divers dans les cas où l'altération occupait exactement la même partie *et vice versâ*, c'est-à-dire les mêmes symptômes pour des altérations différentes. L'altération est quelquefois très étendue eu égard à la légèreté des symptômes, et d'autres fois ceux-ci sont très prononcés pour une altération en apparence légère. MM. Delaye, Foville et Pinel-Grandchamp, élèves de notre hospice, nous paraissent avoir été plus heureux.

La paralysie des extrémités inférieures arrive le plus ordinairement lorsque la moelle épinière est lésée, depuis la première vertèbre dorsale jusqu'au sacrum. Alors elle affecte les deux côtés, le rectum et la vessie. Cette paraplégie pourrait aussi dépendre de l'oblitération de l'aorte; mais elle ne saurait avoir une longue durée. L'hémi-paraplégie annonce ou une lésion qui a son siége dans le cerveau, ou l'altération d'un nerf, sa compression par une tumeur, etc., ou un défaut de circulation dans le membre malade, etc.

§ II. *Paralysie des sens.*

Ce que nous venons de dire pour les membres s'applique directement aux organes des sens. Lorsqu'un malade perd peu à peu l'usage d'un œil, que la pupille, d'abord mobile, s'agrandit de jour en jour, devient entièrement immobile à la lumière, que l'œil se dévie en dedans ou en dehors, si ce

malade éprouve d'ailleurs d'autres signes de ramollissement, on aura les plus fortes probabilités de son existence. Ces règles doivent s'appliquer à l'ouïe, etc.

Lorsque la paralysie est croisée, c'est-à-dire, que le membre supérieur d'un côté est paralysé, en même temps que le membre inférieur du côté opposé, ou bien que les sens d'un côté et les membres de l'autre sont affectés, il existe alors une double altération, l'une dans un hémisphère et l'autre dans l'hémisphère opposé. Ordinairement l'une des deux paralysies a précédé l'autre; ces deux altérations ne sont pas simultanées.

Lorsque les sens des deux côtés sont frappés à la fois de paralysie, la maladie est générale ou centrale, et partant plus obscure. Il est alors extrêmement difficile de reconnaître si la maladie est simplement une syncope, un coup de sang, une arachnitis, enfin une altération générale du cerveau primitive ou consécutive, ou une affection centrale. La double paralysie arrive en effet dans toutes ces circonstances, et de plus, elle peut avoir lieu dans les ramollissemens, et dans les hémorrhagies cérébrales, lorsque la distension de l'hémisphère malade est assez considérable pour comprimer l'hémisphère sain. La paralysie de la langue, le défaut de prononciation, ne sont pas des signes plus positifs, mais la distorsion de la bouche doit fournir quelques lumières. La commissure des lèvres est tirée du côté opposé à

la paralysie ; cette traction se fait donc du côté malade du cerveau.

§ III. *Douleurs des membres.*

S'il existait des douleurs des membres d'un côté, sans autre symptôme, il serait très difficile, pour ne pas dire impossible, de déterminer leur nature; il est plus que vraisemblable qu'on les prendrait pour des douleurs rhumatismales : mais s'il existe en même temps d'autres symptômes d'affection cérébrale, ces douleurs deviennent un signe très précieux et annoncent un travail (probablement alors inflammatoire) dans le côté du cerveau opposé au membre douloureux. Ces douleurs des membres, accompagnées des autres phénomènes, sont, en effet, un signe à peu près exclusif de ramollissement. Elles ne se manifestent que dans cette maladie; je les ai cependant observées dans le cancer de cet organe ; mais elles avaient un caractère particulier, comme on le verra ci-après. Lorsqu'elles se montrent dans les apoplexies, c'est que le ramollissement complique l'hémorrhagie, ainsi que nous le dirons bientôt. Mais ce signe est loin d'être commun, et porte rarement sa lumière sur le diagnostic.

§ IV. *Contracture des membres.*

La contracture (spasme, convulsion tonique, permanente) des membres, est aussi un signe sûr du

ramollissement du cerveau; comme le précédent, il indique un travail inflammatoire, mais il est aussi rare que lui; comme lui, on ne le trouve pas dans le vingtième des cas. Lorsque la contracture a lieu dans les deux côtés, le travail est général ou central; d'un seul côté, un point ou plusieurs se trouvent affectés dans le même lobe.

§ V. *Convulsion clonique.*

(Spasmes avec alternatives de relâchement.) Il faut appliquer à ce signe les mêmes réflexions que nous venons de faire pour le précédent.

Nous devons dire que la douleur des membres, leur contracture et leurs convulsions, ne sont pas des caractères indubitables de l'état inflammatoire, quoiqu'ils l'accompagnent le plus ordinairement. Dans la gangrène sénile, dans une foule de circonstances telles qu'une compression momentanée, etc., il peut y avoir douleur sans inflammation. Les convulsions arrivent dans des cas de faiblesse extrême; telles sont celles qui surviennent à l'agonie d'un animal qu'on fait périr d'hémorrhagie, etc.

§ VI. *Céphalalgie.*

La céphalalgie persiste ordinairement à cette époque et augmente d'intensité. Comme la langue est fréquemment paralysée, et que l'intelligence est parfois obtuse, le malade ne peut accuser cette douleur; mais alors, après avoir été sollicité plusieurs

fois, il porte péniblement à la tête, du côté opposé à la paralysie, le membre resté sain. Ce signe, qui indique un travail local, est de la plus haute importance; il suffit presque seul pour caractériser le ramollissement.

§ VII. *Etat de l'intelligence.*

Souvent l'intelligence reste libre, cependant il n'est pas rare de remarquer de l'inertie dans l'exercice des fonctions de l'encéphale; cette inertie me paraît être le résultat de la compression du cerveau, produite par l'augmentation de volume de la partie malade, ou par le *consensus* de la partie saine avec la partie affectée. Lorsque cette augmentation de volume est nulle, l'intelligence reste libre, c'est ce qui a lieu dans le principe de la maladie; mais vers la fin, non-seulement l'intelligence se perd complètement, mais la somnolence, le coma, le carus même, se manifestent, et me semblent tenir à cette compression, ainsi qu'à l'accumulation de sérosité qui a lieu dans l'intervalle des méninges et dans les ventricules, à la fin des ramollissemens, comme nous venons de le dire. Je dois même ajouter à ce sujet que, dans beaucoup d'agonies, j'attribue la perte de l'intelligence, l'extinction des fonctions des sens, et les autres symptômes cérébraux qui se manifestent vers ces derniers momens de la vie, à la collection de sérosité qui se forme dans ces parties. On m'objectera sans doute que dans beau-

coup de maladies chroniques, les individus meurent en pleine connaissance, et que la collection séreuse existe néanmoins; mais on sait combien l'habitude influe sur l'économie; la lenteur avec laquelle se forme la collection dans ces cas, explique cette différence. On sait que dans les hydrocéphales chroniques, les collections atteignent un développement énorme sans altérer sensiblement l'intelligence, tandis que lorsqu'elles sont plus rapides, une faible quantité de fluide détermine les accidens les plus graves. Ces réflexions trouveront leur application dans la seconde partie du diagnostic, où nous traiterons de la congestion sanguine. La diminution de l'intelligence annonce donc ordinairement une compression générale du cerveau; je ne parle pas ici de l'idiotie congéniale, mais la démence sénile pourrait bien tenir à cette cause. Cette inertie intellectuelle n'est pas un signe pathognomonique du ramollissement; mais il concourt à le caractériser, lorsqu'il se manifeste avec les autres phénomènes.

On aurait cependant tort de conclure de ce qu'on vient de lire, que j'attribue toujours la diminution de l'intelligence et l'agonie aux seules causes dont je viens de parler. Le cerveau étant un organe double, si l'un des deux côtés reste parfaitement sain, on peut bien présumer, à la vérité, qu'il peut exercer ses fonctions et que l'on peut penser avec un seul hémisphère, comme on peut très bien voir avec un seul œil, ou entendre avec une seule oreille; mais il est difficile, lorsqu'un côté du cerveau est malade,

que l'autre ne soit pas pris sympathiquement à un certain degré; il faut que l'altération soit fort légère, ainsi que cela a lieu dans la première période, et quelquefois dans le commencement de la deuxième. Donc les progrès seuls de l'altération d'un côté du cerveau peuvent donner lieu à la perte de l'intelligence. Les agonies peuvent aussi dépendre d'autres causes. La circulation est ralentie, le sang s'accumule ou cesse de circuler dans le cerveau et de stimuler cet organe; il est alors privé de ses principes vivifians : d'autres fois, dans l'asphyxie par gaz méphitiques, dans les empoisonnemens, dans le narcotisme, et dans quelques maladies, il porte vers ce viscère des qualités délétères, stupéfiantes, etc., qui agissent directement sur lui et suspendent ses fonctions.

Pour le *délire*, nous n'ajouterons rien à ce que nous venons d'en dire dans la première section.

§ VIII. *Somnolence, coma, carus.*

La *somnolence*, le *coma*, ou le *carus*, ne se montrent guère que vers la dernière période de la maladie; d'après les considérations précédentes, il est facile de concevoir de quelle altération ils doivent dépendre, et par conséquent de quelle valeur ils peuvent être dans le diagnostic du ramollissement. Ils sont bien certainement l'effet d'une compression générale de la substance cérébrale; seuls ils ne peuvent indiquer d'autres lésions, mais,

lorsqu'ils sont accompagnés d'autres signes du ramollissement, ils le confirment.

§ IX. *Rougeur de la face.*

Ce phénomène est fort commun dans les maladies; il ne peut être caractéristique de celle dont nous traitons, on peut donc s'étonner de voir que nous nous en occupons ici. Cependant il est une couleur particulière de la face qui accompagne certaines affections cérébrales. La figure est rouge dans son ensemble, et d'une manière à peu près uniforme; le col participe à cette rougeur, qui cesse brusquement à la poitrine, ou d'une manière insensible, à mesure qu'on s'éloigne des parties supérieures. Ce symptôme se présente lorsque le ramollissement est de nature inflammatoire, et surtout pendant les paroxysmes. Il n'indique autre chose qu'une congestion vers la tête; aussi le retrouve-t-on dans l'apoplexie, la méningite, la congestion sanguine, etc.; mais lorsque les signes de ramollissement existent, il peut imprimer au diagnostic des modifications utiles pour le traitement.

§ X. *Plaintes des malades, agitations.*

Ces symptômes servent à confirmer le diagnostic, lorsqu'ils existent concurremment avec les autres signes du ramollissement. Récemment encore, ils ont singulièrement servi à nous faire distinguer la

maladie chez un individu qui n'avait point présenté de phénomènes précurseurs. Ils indiquent aussi un travail inflammatoire.

Nous garderons le silence sur la valeur des symptômes fournis par les fonctions de la vie organique ; le lecteur saura bien estimer la valeur de ces phénomènes généraux. Il verra bien que des symptômes fébriles, sans rien indiquer pour le siége de la maladie, devront néanmoins influer sur le traitement ; que des symptômes abdominaux ou thorachiques devront aussi le modifier. Notre but étant surtout de faire connaître la valeur de chaque signe à l'égard de l'altération locale de l'encéphale, nous ne pensons pas qu'il soit nécessaire de nous étendre sur ceux qui ne peuvent fournir pour cet objet aucune lumière. Nous pensons avoir rempli notre tâche pour les symptômes qui proviennent directement du cerveau.

TROISIÈME SECTION.

Diagnostic local.

J'ai annoncé que je ferais connaître sommairement les travaux entrepris depuis peu, dans l'intention de déterminer le siége des diverses fonctions cérébrales, et par conséquent celui des diverses lésions de l'encéphale. Les fonctions dévolues à chaque portion de ce viscère étant bien connues, il est évident qu'on peut déterminer *à priori*, d'après la lésion de la fonction, quelle est la partie lésée. MM. Rolando, Flourens, Serres, Delaye, Foville et Pinel-Grand-

champ, ont fait des efforts très dignes d'éloges pour arriver à ce but; nous allons exposer succinctement leurs diverses manières de voir.

Je dois prévenir que je considère les recherches d'anatomie pathologique comme beaucoup plus directes, plus positives que toutes les expériences tentées sur les animaux :

1°. Parce que l'organisation n'est pas la même à beaucoup près, même sur les espèces qui se rapprochent le plus;

2°. Que l'art d'expérimenter est très difficile, et qu'il n'est le partage que de fort peu de personnes;

3°. Que les procédés qu'on emploie ne ressemblent que fort peu à ceux de la nature.

De diverses expériences pratiquées sur le cerveau de plusieurs mammifères, et dans lesquelles il n'y eut pas destruction des mouvemens, mais pourtant perversion dans quelques cas, M. Rolando conclut que le cerveau n'est pas destiné à la locomotion; il attribue cette fonction au cervelet. Voici une des principales expériences sur lesquelles est appuyée cette opinion.

Dans l'intention d'observer les effets d'un courant galvanique dirigé du cerveau et du cervelet vers ces différentes parties du corps, il trépana le crâne d'un cochon, ensuite il introduisit un conducteur de la pile voltaïque, tantôt dans les hémisphères cérébraux, tantôt dans les hémisphères du cervelet. Ayant répété cette expérience sur divers quadrupèdes et oiseaux, il *n'obtint que des contractions*

violentes, lorsque le conducteur était dans le cerveau; ces contractions étaient beaucoup plus fortes lorsque le conducteur métallique pénétrait dans le cervelet. Les ablations du cerveau pratiquées par le professeur Rolando n'ont pas été suivies de paralysie, mais seulement de symptômes comateux. Les ablations partielles du cervelet ont produit la paralysie.

Ces observations, jointes à la structure lamelleuse du cervelet, ont fait penser à M. Rolando que le cervelet est une pile voltaïque qui préside à la locomotion. Ces expériences nous paraissent peu dignes de confiance, et je ne pense pas qu'elles méritent une attention sérieuse.

M. Flourens a pratiqué des ablations partielles et complètes du cerveau et du cervelet; à la suite des ablations du cerveau, il observa, comme le professeur de Turin, des symptômes de coma; mais il n'est pas d'accord avec lui sur le résultat des lésions du cervelet: il a remarqué qu'elles n'étaient pas suivies de la perte des mouvemens, mais seulement de leur trouble, de leur irrégularité. Il a inféré de cette observation que le cervelet était le régulateur des mouvemens. Les observations de ce médecin nous paraissent mériter les mêmes reproches que celles du professeur italien.

MM. Delaye, Foville et Pinel-Grandchamp, ont été conduits par une suite d'observations faites sur l'homme, à établir que la substance grise superficielle du cerveau était l'organe de l'intelligence; que la substance blanche et les renflemens de substance

grise profondément situés, présidaient à la locomotion. De plus, l'examen comparatif du siége précis des altérations qui produisent exclusivement la paralysie du bras ou de la jambe, les a portés à considérer le corps strié et les fibres médullaires qui lui correspondent, comme tenant particulièrement sous leur dépendance les mouvemens de la jambe; la couche optique et les fibres blanches qui lui sont annexées, comme présidant aux mouvemens du membre supérieur. En outre, des raisons anatomiques, tirées des connexions du cervelet avec les faisceaux postérieurs de la moelle de l'épine, des expériences directes faites sur le cervelet, et la comparaison des altérations pathologiques de cet organe avec les symptômes qui les accompagnent chez l'homme, leur ont paru démontrer que le cervelet était le foyer central de la sensibilité. Depuis la publication de leurs idées, M. Serres, dans un Mémoire inséré dans le journal de M. Magendie, a énoncé les mêmes opinions sur le siége précis dans le cerveau des mouvemens du bras et de la jambe.

Il pense aussi que les lésions des pédoncules du cervelet portent leur influence sur les mouvemens de la jambe du côté opposé à ces lésions.

Plusieurs observations, publiées par le même auteur, ont pour but d'établir qu'un symptôme de l'apoplexie cérébelleuse chez l'homme, c'est l'érection du pénis, se continuant *même après la mort*. Ce phénomène nous paraît trop contraire aux lois de la nature pour que nous puissions y ajouter foi,

M. Serres surtout n'ayant pas observé lui-même ce fait extraordinaire. Nous savons d'une manière positive que des observations de ce genre ont été faites à plaisir. Peut-être auraient-elles été communiquées à M. Serres, qui leur aura ajouté cette confiance qu'on ne rencontre que chez les personnes elles-mêmes très véridiques.

MM. Delaye, Foville et Pinel-Grandchamp, élèves internes de notre hospice, et assurément des plus distingués des hôpitaux, ont rapproché un grand nombre d'affections cérébrales, pour voir s'il était possible de tirer de la comparaison des altérations avec les symptômes particuliers à chacune d'elles, quelques conséquences relatives aux fonctions des différentes parties de l'encéphale.

Cette comparaison leur a fait voir que dans tous les cas où il y avait eu désordre intellectuel continué jusqu'à la mort, la substance corticale du cerveau était le siége d'une altération manifeste. Ainsi, chez la plupart des aliénées, ils ont rencontré, tantôt des marbrures d'un rouge plus ou moins vif dans la substance grise superficielle, tantôt une augmentation sensible de consistance, ou bien une mollesse remarquable de la même partie, souvent des adhérences partielles de l'arachnoïde à la superficie du cerveau, particulièrement en avant; d'autres fois, de semblables adhérences si intimes dans toute l'étendue de la substance corticale, qu'en enlevant toute l'arachnoïde cérébrale, on enlevait une épaisseur remarquable de la substance grise.

Ils ont remarqué que la coloration rouge intense de la substance corticale correspondait aux symptômes aigus d'aliénation; ainsi, c'est l'altération qui se présente chez les individus maniaques; dans la démence, au contraire, il n'existe le plus souvent que des marbrures légères disséminées, et dans leurs intervalles la substance corticale est très pâle, plus molle ou plus dense que dans l'état naturel; souvent aussi elle semble diminuée d'épaisseur. Dans quelques cas de démence on ne voit plus distinctement les limites des deux substances qui composent le cerveau; la corticale est tellement pâle, qu'elle se confond par sa couleur avec la médullaire.

Voici les altérations principales qu'ils ont observées un grand nombre de fois chez les aliénées : toujours bornées à la substance grise superficielle, lorsqu'il n'y avait eu d'autre trouble dans les fonctions du cerveau que du côté de l'intelligence.

En examinant d'autres cas simples d'affections cérébrales, dont les phénomènes portent exclusivement sur les mouvemens, ce qui se voit dans beaucoup d'épanchemens sanguins, de ramollissemens, de dégénérescences squirrheuses, ou autres[1], ils ont vu que le siége de ces maladies était toujours dans la substance blanche ou les renflemens de substance grise profondément situés; et toujours, lorsque l'intelligence avait été intacte, la substance grise superficielle ne participait pas à la maladie : enfin, dans un assez grand nombre d'affections simultanées de l'intelligence et des organes locomoteurs, ils ont re-

marqué des altérations simultanées de la substance grise et de la substance blanche; quelques-uns de ces cas, où l'on a pu suivre en quelque sorte les progrès de la maladie de l'une à l'autre de ces substances, ont présenté une succession semblable dans les lésions qui les ont produits. Ainsi, chez un individu qui avait reçu un coup sur la tête, il n'exista dans le principe aucun signe de maladie; bientôt l'intelligence s'affaiblit, la mémoire diminua, les mouvemens conservant une intégrité parfaite; ceux-ci s'altérèrent bientôt, le malade devint hémiplégique, et mourut. A l'ouverture du crâne, on trouva une exostose développée à la face interne d'un des pariétaux. Il est évident que le premier effet de cette exostose, par rapport au cerveau, avait été la compression de la substance grise : les premiers symptômes avaient porté sur l'intelligence; plus tard, la substance blanche fut aussi comprimée, les mouvemens s'affaiblirent, et enfin la paralysie se manifesta.

La correspondance des dérangemens intellectuels avec les altérations de la substance grise superficielle du cerveau, la coïncidence des paralysies avec les altérations de la substance blanche, ont fait tirer aux auteurs cette première conséquence, que la substance grise superficielle était l'organe de l'intelligence, et que la substance blanche présidait à la locomotion.

En poursuivant leurs recherches, ils sont arrivés à des résultats encore plus précis; ils ont vu que dans les paralysies exclusives d'un bras ou d'une

jambe, l'altération avait un siége particulier dans la portion du cerveau qui préside aux mouvemens; ainsi on peut voir dans un exposé succinct de leurs opinions, récemment publié, plusieurs observations où la paralysie de la jambe était produite par un cancer du corps strié, un ramollissement, un épanchement de la même partie, ou bien la même altération dans les fibres médullaires annexées à ce renflement nerveux, c'est-à-dire celles qui forment la partie antérieure du cerveau. Dans les cas de paralysie du bras, ils ont vu que l'épanchement ou le ramollissement qui produisait cette paralysie, avait son siége dans la couche optique, ou les fibres blanches qui partent de ce corps pour former la partie postérieure et externe de l'hémisphère cérébral. Enfin, dans un grand nombre de cas où les mouvemens du bras et de la jambe étaient inégalement affectés, ils ont vu que l'altération intéressait inégalement le corps strié et la couche optique ou les fibres médullaires annexées. Ainsi, par exemple, lorsque la jambe était plus profondément atteinte de paralysie que le bras, le corps strié était plus profondément malade que la couche optique; l'inverse avait lieu lorsque le bras était plus paralysé que la jambe, etc.

Ils ont été conduits par ces faits à conclure que le corps strié et les fibres médullaires correspondantes président aux mouvemens du membre pelvien, tandis que la couche optique et les fibres blanches annexées

tiennent sous leur dépendance les mouvemens du membre thorachique.

Eveillés par les découvertes récentes de M. Magendie sur les fonctions différentes des racines antérieures et postérieures des nerfs spinaux, dont les premières appartiennent à la locomotion et les secondes à la sensibilité, MM. Foville et Pinel-Grandchamp ont cherché s'il n'était pas possible de remonter à la source primitive de ces deux fonctions : les observations ci-dessus exposées, venaient avec beaucoup d'autres confirmer cette vérité, qu'une des fonctions du cerveau était de présider à la locomotion. Les connexions du cerveau avec les faisceaux antérieurs de la moelle montrent en quelque sorte le trajet de son influence sur les mouvemens. Les connexions des faisceaux postérieurs qui appartiennent à la sensibilité avec le cervelet, leur inspirèrent l'idée de pratiquer des expériences sur cet organe. Dans celles qu'ils ont faites, ils ont constamment remarqué une sensibilité excessive du cervelet, par rapport à celle du cerveau; la différence est égale à celle qu'on observe entre la sensibilité des faisceaux antérieurs et postérieurs de la moelle : quelques auteurs, Lapeyronie, Petit de Namur, ont d'ailleurs transmis des observations de maladies du cervelet, dont les symptômes portèrent exclusivement sur la sensibilité. Ces observations rapprochées des effets qu'ils ont obtenus dans un grand nombre d'expériences faites sur les animaux vivans, les ont convaincus que le cervelet était le foyer central de la sensibilité. La plupart des

observations citées dans cet écrit, confirment les assertions des auteurs dont nous analysons les pensées; mais en voici deux qui sont on ne peut plus probantes.

L^e OBSERVATION.

Atrophie du bras droit *coïncidante avec l'atrophie du lobe* postérieur *de l'hémisphère* gauche *du cerveau.*

Marie-Anne Lahoussay, âgée de plus de 60 ans, fut reçue à l'infirmerie dans le courant du mois d'avril 1823, pour une affection de poitrine. En explorant cette malade, on observa que le bras droit était atrophié dans toute son étendue, et ne pouvait exécuter aucun mouvement. Sa longueur était beaucoup moindre que celle du bras gauche, la peau en était flasque, soulevée dans plusieurs endroits par une graisse molle; sa sensibilité n'était pas altérée.

On fit à la malade des questions sur la cause de cette atrophie, et l'époque à laquelle elle était survenue. Elle répondit qu'à l'âge de 15 à 16 mois, elle avait éprouvé des convulsions, à la suite desquelles son bras droit, qui, dans le principe, avait le même développement et la même liberté des mouvemens que celui du côté gauche, était resté immobile, et avait perdu ses proportions. D'ailleurs, la sensibilité s'y est toujours bien conservée.

Après quelques jours, la malade succomba à l'affection de poitrine qui l'avait amenée à l'infirmerie.

A l'examen du cerveau, on trouva que le lobe postérieur de l'hémisphère gauche n'existait qu'en partie; en dehors et en haut, on n'en voyait aucune trace; la membrane qui tapisse le ventricule, était dans cet endroit doublée par une membrane accidentelle transparente, subjacente à la méningine, de sorte que dans une circonférence de deux pouces environ, la paroi du ventricule se voyait au-dessous de l'arachnoïde; et autour de cette perte énorme de substance, les circonvolutions étaient petites, ridées, minces, comme atrophiées, etc.

Le ventricule contenait une assez grande quantité de sérosité.

Le cervelet et la moelle épinière n'offraient rien de particulier.

Les nerfs du bras atrophié, comparés à ceux du bras sain, furent trouvés plus gros et d'une couleur jaune plus foncée.

Dans l'observation suivante, la lésion de l'intelligence s'est d'abord fait remarquer, puis celle des mouvemens. La substance grise, la substance blanche, la couche optique, étaient le siége de diverses altérations, toutes parfaitement d'accord avec les symptômes observés pendant la vie.

LIe OBSERVATION (1).

Affection cérébrale.

Madame Poteau, âgée de 75 ans, d'une constitution robuste et d'un tempérament sanguin, avait toujours été bien réglée. L'époque critique n'avait été marquée chez elle par aucun accident ; et cette femme, très remarquable par sa gaieté et sa sagacité, avait joui jusqu'à un âge très avancé de la plus heureuse santé. Dans le mois de décembre 1822, elle perdit tout à coup connaissance, et fut portée à l'infirmerie avec un engourdissement léger dans les membres. Traitée pour un épanchement, elle recouvra peu à peu l'usage de ses facultés intellectuelles, mais conserva un sentiment de pesanteur et d'engourdissement dans la tête : lorsqu'après une amélioration assez marquée, elle fut renvoyée dans son dortoir, elle avait dans le regard un air hébêté et mélancolique, qui frappa toutes ses compagnes. La parole était encore embarrassée et la mémoire la trahissait à chaque instant ; cependant elle avait la conscience de son état, et prévenait même ceux qui s'entretenaient avec elle, que ses idées, à peine conçues, expiraient tout à coup. Curieux de reconnaître si sa langue enchaînée dans ses mouvemens refusait de transmettre les idées, j'examinai si la malade

(1) Recueillie par M. Lembert.

pouvait la diriger avec une égale facilité dans tous les sens, et j'obtins la certitude que cette partie n'était intéressée ni dans sa texture ni dans ses fonctions.

Je voulus savoir si un mot difficile n'était pas l'écueil de la mémoire de cette malade : cela ne me parut pas probable, pour les raisons suivantes : lorsque madame Poteau avait entrepris une phrase et qu'elle s'arrêtait tout à coup, il était facile de la compléter, car ses idées avaient toujours un sens raisonnable. J'avais soin de lui dire le mot qui semblait l'embarrasser ; malgré cette précaution, elle ne pouvait achever elle-même sa phrase.

J'ai conclu de là que l'état de la malade ne dépendait pas seulement de l'oubli des mots, mais plutôt de l'avortement subit et complet de la mémoire des idées et des mots. La maladie resta stationnaire pendant près de deux mois ; mais dans le mois de février 1823, les symptômes s'aggravèrent, se prononcèrent davantage, et la malade entra à l'infirmerie avec une réaction manifeste. Il y avait de la rougeur à la langue, un peu de sensibilité à l'épigastre et de la constipation ; sa face était animée, le pouls était dur et plein, la peau chaude et sèche ; les extrémités inférieures et le bras gauche étaient libres dans leurs mouvemens, mais le bras droit était fortement contracté, demi-fléchi et rapproché du tronc. La malade, qui habitait la Salpêtrière depuis deux ans, avait constamment présenté ce phénomène. On s'est assuré que cette flexion forcée ne dépendait pas de la présenee d'une fausse cicatrice dans le pli du

bras. Quand on employait un peu de force, on parvenait à étendre le membre. Madame Poteau donnait à entendre qu'elle n'éprouvait aucune douleur dans la tête, mais un engourdissement général, une sensation incommode et permanente, que son état ne lui permettait pas de définir. Tout ce qui entourait la malade, lui paraissait dans un tournoiement continuel. Quelquefois elle délirait, le plus souvent elle raisonnait assez juste, mais ses phrases étaient toujours incomplètes. M. Rostan présuma qu'il pouvait exister une inflammation des méninges; et la maladie, traitée par les sangsues au cou, et les révulsifs sur le canal intestinal, parut s'amender; les idées devinrent plus complètes et plus suivies. La malade retourna dans son dortoir après dix jours de séjour dans l'infirmerie. Six jours après, elle y reparut dans un état de prostration très remarquable; la parole s'était subitement éteinte, l'intelligence était presque nulle et la face décomposée. A la gaieté excessive que madame Poteau avait présentée pendant sa convalescence, venait de succéder l'empreinte d'une mélancolie profonde; ses gestes et ses larmes donnaient à entendre qu'elle n'avait pas perdu la conscience de son état et l'usage complet de la raison. Sa douceur et sa docilité confirmèrent dans cette idée. Les mouvemens des extrémités inférieures étaient difficiles; les jambes et les cuisses se dérobaient sous le poids du tronc et ne pouvaient le supporter. Le bras gauche agissait librement; les muscles de la partie postérieure du dos étaient dans une rigi-

dité tétanique. Des vésicatoires aux cuisses et à la nuque ne produisent aucun effet, mais fournissent la preuve que la sensibilité des membres n'a pas diminué; la vue et l'ouïe sont dans l'état normal; les mêmes symptômes persistent en s'aggravant toujours. Le 15 mars, il s'écoule, par les parties de la génération, une grande quantité d'un sang noirâtre; cette hémorrhagie se renouvelle sans que la malade manifeste aucune souffrance vers la matrice. Le 2 mai, c'est-à-dire quatre jours avant la mort de madame Poteau, je l'examinai de nouveau : les pupilles étaient des deux côtés dans l'état normal; la sensibilité était intacte dans tous les membres; le bras droit était dans l'état que nous avons décrit précédemment; le gauche, libre dans le jeu de tous ses mouvemens, participait seulement à l'adynamie générale. Il était impossible de faire mouvoir les membres inférieurs en totalité; on remarquait seulement les mouvemens partiels des orteils. Le sacrum était dénudé; l'haleine et toutes les excrétions étaient infectes, les dents et la langue fuligineuses. La malade était plongée dans le coma et dans un état adynamique.

Ouverture du corps, le 6 mai 1823.

Cerveau. On remarque la mollesse des os du crâne. Les membranes du cerveau sont infiltrées et injectées. L'hémisphère gauche présente antérieurement :

1° Sur la partie latérale externe, une saillie prononcée, qui règne sur plusieurs circonvolutions;

2° Un kyste jaunâtre qui lui correspond, présente le volume d'une petite noix et contient un épanchement ancien.

3° Un autre épanchement plus récent, formé d'un caillot noirâtre; ces deux épanchemens sont *superficiels*.

4° Un autre épanchement plus antérieur, contenu dans un kyste jaunâtre et placé dans l'épaisseur de la substance corticale : cette substance, dans le reste du lobe, est peu altérée. La substance blanche est augmentée de consistance et présente une résistance élastique, semblable à celle du caoutchouc. Les vaisseaux qui la traversent sont fort apparens.

5° A la partie supérieure et antérieure du lobe antérieur, elle a l'aspect d'un corps poreux, à peu près comme la pierre de ponce; dans le reste de son étendue, la substance blanche offre, de loin en loin, plusieurs inégalités.

Le ventricule contient un peu de sérosité; sa paroi supérieure est, dans une très petite étendue, adhérente à la couche optique.

La couche optique est gonflée dans toute son étendue; mais c'est surtout à sa partie antérieure que sa texture est changée; elle est en cet endroit rougeâtre, boursouflée. Cette portion incisée présente tout-à-fait l'aspect de la substance dite encéphaloïde que l'on rencontre dans les masses cancéreuses. Le reste de la couche optique est partout d'une couleur pâle et de consistance et d'apparence fibreuse.

Le corps strié, du même côté, laisse voir à sa su-

perficie et en haut, des adhérences avec la paroi opposée du ventricule. Au-dessous de ces adhérences il est ramolli dans une petite étendue.

Hémisphère droit. La substance corticale offre, surtout en avant, une teinte rougeâtre à sa superficie; sa consistance est tellement diminuée, qu'en la raclant avec le scalpel, elle s'enlève comme du beurre; la substance blanche présente quelques marbrures rougeâtres.

En avant, au voisinage du ventricule, elle est d'une résistance élastique. La couche optique n'offre rien de remarquable; le corps strié présente, en haut, des adhérences avec la paroi opposée du ventricule; il est ramolli au-dessous de ces adhérences; dans le reste de son étendue il est un peu rouge.

Cervelet. On voit, à sa superficie, des adhérences avec ses membranes. L'hémisphère droit paraît, à l'extérieur, un peu plus mou que le gauche.

Poitrine. Tous les organes contenus dans cette cavité sont dans l'intégrité la plus parfaite.

Abdomen. L'intestin grêle est d'un rouge foncé; l'estomac, d'un gris verdâtre.

La matrice et le vagin ne présentent pas d'altération organique; la cavité de la matrice contient du sang pur et fluide.

Bien que les considérations qu'on vient de lire soient du plus haut intérêt; quoiqu'elles soient fondées sur un principe incontestable, c'est-à-dire que le même organe ne peut remplir en même

*

temps deux fonctions différentes, ou, si l'on aime mieux, comme deux actions différentes ne peuvent se passer en même temps dans le même lieu, cependant, comme il existe parmi les faits déjà observés quelques cas contradictoires, je pense qu'il est sage de multiplier les recherches de ce genre, pour confirmer ces propositions, ou les infirmer s'il y a lieu; ce qui, dans l'un ou l'autre cas, sera toujours une conquête pour la vérité, à laquelle on doit tout sacrifier. Je suis certain que les jeunes auteurs que je me fais un plaisir de citer, sont dans cette disposition. Nous devons beaucoup attendre des travaux de ces médecins; leurs premiers pas dans la carrière de l'observation les signalent d'une manière bien flatteuse.

QUATRIÈME SECTION.

Il nous semble important de fixer un moment l'attention sur la *marche* de la maladie. Nous avons dit qu'il n'existait aucun signe pathognomonique du ramollissement, et que c'était seulement par l'ensemble des symptômes et par leur marche que l'on pouvait reconnaître cette altération : il convient donc de nous y arrêter un instant. On s'étonnera peut-être qu'après nos laborieux efforts, nous ne soyions parvenus qu'à un résultat si peu avantageux; mais qu'on réfléchisse au diagnostic des maladies les mieux connues en apparence, et je prendrai pour exemple la péripneumonie et le concert de

l'estomac, les premières maladies que les élèves reconnaissent dès le moment où ils commencent à observer. Nous avons dans la première, la douleur de côté, le son mat, le crachement de sang; mais ces symptômes peuvent appartenir à bien des maladies; ils peuvent exister sans que la péripneumonie existe. C'est ainsi que nous avons vu chez une femme affectée d'une énorme dilatation de l'aorte thorachique, avec accumulation de fibrine dans cette poche anévrysmale, la toux, le crachement de sang, la douleur à la région latérale et postérieure gauche, le son mat du même côté; il n'y avait aucune trace de péripneumonie. On sait que cette maladie peut exister sans les signes que nous venons d'indiquer. Il en est de même du cancer de l'estomac : il serait trop long d'entrer dans des détails; mais la tumeur à l'épigastre, la douleur, le vomissement, peuvent exister, et le cancer n'exister point, *et vice versâ*, c'est-à-dire, le cancer exister sans tumeur, sans la douleur, sans le vomissement : c'est ce que nous avons fait voir aux personnes qui suivent la Salpêtrière. Ainsi, qu'on cesse d'être surpris s'il en est du ramollissement du cerveau comme des affections pathologiques les plus claires.

La marche du ramollissement est essentiellement croissante; les signes de congestion générale se montrent d'abord; il est probable que cette congestion est alors susceptible d'être combattue avec succès, mais saura-t-on jamais si l'on a évité au malade une si terrible maladie? Les fourmillemens, les engour-

dissemens, la roideur, la pesanteur des membres, la céphalalgie, commencent à cette époque; ils annoncent un travail local, mais ils sont légers, causent peu de gêne; les malades s'en plaignent à peine; ils me paraissent aussi pouvoir disparaître. Mais bientôt une véritable paralysie avec immobilité et insensibilité plus ou moins complètes, vient à se montrer; des douleurs, de la contracture, des convulsions, se manifestent dans quelque membre; l'intelligence faiblit, les sens s'altèrent, etc.; ces symptômes augmentent de jour en jour d'intensité; et d'après ce que nous venons de dire, on en conçoit le mécanisme; enfin le coma, la paralysie générale, surviennent, et le malade meurt. Tel est en abrégé le tableau de la succession des phénomènes morbides occasionnés par le ramollissement. Il me semble difficile de confondre cette maladie avec les autres affections du cerveau. Mais elle ne marche pas toujours avec la même régularité. Souvent les phénomènes de la première période manquent, et dans bien des cas il n'est pas aisé de rendre raison de cette anomalie; alors il est extrêmement rare qu'il n'existe pas quelque signe propre à faire reconnaître la maladie, comme dans les observations 19, 20 et 21. D'autres fois les symptômes sont vraiment extraordinaires; les convulsions sont générales, comme dans l'observation 22, mais le siége de la maladie explique cette variété. Dans ce cas particulier, la maladie était centrale, dans d'autres elle était générale.

Les complications jettent aussi beaucoup d'obscurité sur le diagnostic; mais cela n'est pas particulier à la maladie dont nous nous entretenons. Dans la deuxième partie du diagnostic, nous tâcherons de porter sur ce point quelque lumière. Nous prions le lecteur de ne pas perdre de vue ce que nous avons dit sur la *durée*, la *fréquence*, la *nature*, la *terminaison*, les *causes* du ramollissement, ces notions devant nous servir beaucoup dans la partie qui va suivre.

DEUXIÈME PARTIE.

Diagnostic différentiel.

Maladies qui peuvent simuler le ramollissement; en quoi elles diffèrent de lui.

Un assez grand nombre de maladies peuvent être confondues avec celle dont nous traitons : il est donc de la dernière importance de chercher à les distinguer l'une de l'autre. Nous pouvons même dire que c'est pour atteindre un but aussi utile que nous nous sommes livrés aux considérations précédentes. Cette partie est en quelque sorte la conclusion, le résumé de nos recherches, elles n'ont été faites que pour nous y conduire. Les maladies qui peuvent être confondues avec le ramollissement du cerveau, sont : la congestion sanguine ou séreuse, la méningite, l'apoplexie, les hémorrhagies entre la dure-mère et le feuillet de l'arachnoïde qui la ta-

pisse, le cancer du cerveau, les tumeurs fongueuses de la dure-mère, les tubercules, les acéphalocystes, les tumeurs osseuses des parois internes du crâne, quelques névroses, etc.

Pour faire ressortir les différences qui existent entre ces diverses altérations et le ramollissement, à défaut de description générale bien faite, nous n'avons, ce nous semble, rien de mieux à faire que de citer des faits recueillis avec exactitude.

§ I. *Congestion sanguine cérébrale.*

La congestion sanguine est la plupart du temps une affection générale du cerveau, et qui par conséquent doit donner lieu à des symptômes généraux; ce qui ne permet pas de confondre cette maladie avec le ramollissement : sa marche, sa durée, la font d'ailleurs différer de ce dernier d'une manière essentielle, comme on va le voir par les observations suivantes.

LIIe OBSERVATION (1).

Marie-Françoise Varlot, veuve Dellement, âgée de 77 ans, entra, le 5 octobre, à l'infirmerie pour y être traitée d'une de ces affections des organes de la circulation, que l'hiver rappelle dans nos salles, et qui reçoivent le nom d'*asthme* des observateurs inattentifs.

(1) Par M. Leblond.

Cette affection marchait sans présenter rien de saillant, lorsque dans la nuit du 11 au 12 octobre, sans qu'aucun symptôme eût précédé l'invasion de la nouvelle maladie, la malade perdit subitement et complètement connaissance.

Le lendemain, le 12, carus profond, et qu'on ne peut faire cesser; insensibilité des organes des sens à leurs excitans naturels; mobilité des pupilles très diminuée; exposées subitement à un grand jour, elles se dilatent d'abord un peu, et ne se rétrécissent que quelques instans après.

Sonoréité parfaite de la poitrine; respiration fréquente, laborieuse; râle. Pouls petit, fréquent, tumultueux, parfois intermittent.

Insensibilité de l'abdomen à la pression. La malade s'agite en divers sens; elle est affectée d'un délire taciturne. Il n'y a pas de paralysie. Les membres supérieurs sont plutôt contractés: mais on fait cesser momentanément leur contracture, en les fléchissant, en les étendant alternativement.—*Sangsues au cou, dérivatifs sur le canal intestinal, sinapismes.*

Mort le 13 octobre.

Ouverture du corps, le 14 octobre.

Adhérence intime des membranes du cerveau à la base du crâne, rougeur manifeste de ces membranes. Lorsque la dure-mère eut été enlevée, on remarqua une infiltration générale de l'arachnoïde cérébrale et de la pie-mère. Le cerveau semblait couvert,

surtout dans l'intervalle des circonvolutions, d'un enduit gélatineux, excepté dans les environs des sinus, où les membranes, quoique infiltrées, étaient manifestement épaissies, et avaient perdu leur transparence.

Le cerveau, incisé par tranches, ne présente aucune altération, si ce n'est une légère teinte rosée de la moitié interne de la substance corticale, et peut-être un faible ramollissement de cette partie. Cette altération de la substance corticale a surtout lieu dans les lobes antérieurs des deux côtés.

Poumons sains. Cœur peu volumineux. Hypersarcose du ventricule gauche, et rétrécissement de sa cavité.

Rien autre chose de remarquable dans l'abdomen qu'une appendice intestinale de la grosseur du doigt, et d'environ deux pouces de long, *prenant naissance sur le jéjunum.*

LIIIe OBSERVATION.

Congestion sanguine cérébrale.

Une femme, âgée de 70 ans, sur le compte de laquelle on n'a pu recueillir aucun renseignement commémoratif, vint à l'infirmerie le 12 septembre 1817; elle persista à nier qu'elle fût malade, malgré les questions réitérées que nous lui adressâmes sur chacune de ses fonctions, et sur chacun des organes qui y concourent. Une physionomie légèrement

étonnée fut le seul symptôme que nous remarquâmes. On se borna à prescrire une tisane délayante et la diète. Convaincu par des exemples nombreux que ces réponses négatives étaient souvent insidieuses, ayant vu périr de maladies graves des individus qui avaient présenté le même état, je retournai dans la journée pour examiner de nouveau cette malade. — Une coloration rosée de toute la face et du cou, m'annonçait alors évidemment une congestion vers la tête. Une légère céphalalgie accompagnait cette rougeur, ainsi qu'une faible élévation dans le pouls; d'ailleurs peu de plaintes de la part de la malade. Des sangsues placées autour du cou, des sinapismes aux pieds, des vésicatoires aux jambes, des boissons laxatives, des lavemens irritans, etc., furent employés avec insuccès; le lendemain la coloration de la face et du cou était plus prononcée, et offrait une teinte violette. La malade ne répondait plus aux questions qu'on lui adressait; la pupille immobile, annonçait l'insensibilité à la lumière; les titillations de toute espèce manifestaient l'insensibilité générale ; les membres étaient dans une résolution complète ; enfin, tout annonçait un état apoplectique des plus prononcés, lorsque la malade expira le lendemain de son entrée à l'infirmerie. — L'ouverture du corps n'offrit autre chose qu'une forte injection des membranes cérébrales; dans certains points, le sang paraissait extravasé dans le tissu cellulaire de l'arachnoïde, et y formait de véritables plaques; les vaisseaux sanguins étaient ossifiés, et on remarquait

entre les méninges une grande quantité de sérosité roussâtre. Le cerveau, disséqué avec le plus grand soin, n'offrait aucune trace d'apoplexie ancienne ni récente.

LIVe OBSERVATION (1).

Congestion cérébrale.

Marie-Julienne Royer, veuve Moran, blanchisseuse, âgée de 71 ans, d'une assez bonne constitution, et d'un tempérament sanguin, a éprouvé, dès sa jeunesse, des maux de tête qui occupaient ordinairement le côté droit; mais ces douleurs augmentaient par la pression, ce qui porte à croire qu'elles n'étaient que superficielles. La malade en trouve la cause dans un fourneau, que son état la forçait à tenir journellement allumé dans son appartement. Réglée à 15 ans, et mère à 28, ses deux premières couches ont eu lieu sans accident; la troisième a laissé après elle un prolapsus de matrice, qui, sans doute, ne serait point arrivé, si la malade n'avait pas eu l'imprudence de se lever trop tôt, et de se livrer à des travaux pénibles. Cet accident n'a cependant pas causé de trouble sensible dans la santé de la veuve Moran, non plus que la cessation des règles, qui a eu lieu à 50 ans.

Alors, comme il arrive souvent chez les femmes de cet âge, il s'est manifesté des étourdissemens, des

(1) Par M. Droullin.

tintemens d'oreilles ; et les douleurs de tête, éprouvées dès la jeunesse, continuent à se faire sentir tous les mois au moins, et quelquefois plus souvent. Ces douleurs sont tellement vives, que, lorsqu'elles ont lieu, la malade est privée des douceurs du sommeil pendant trois à quatre jours. Tout continua ainsi jusqu'au mois d'août 1819. Alors une perte de connaissance priva la malade de l'usage de ses membres du côté gauche : mais cette paralysie, loin de faire des progrès, a diminué d'une manière lente, et la veuve Moran peut aujourd'hui porter son bras à sa tête, et se servir un peu de sa jambe. Deux fois depuis cet accident cette femme a éprouvé des symptômes de congestion cérébrale, sans perdre complètement connaissance. Toutes les autres fonctions s'exécutaient parfaitement, lorsque jeudi soir, 7 mars, la veuve Moran tomba tout à coup sans connaissance, et les contusions qui existent encore au bras droit prouvent que la chute fut violente. On met la malade dans son lit sans qu'elle s'en aperçoive. La face est rouge, vultueuse, la peau chaude, le pouls fort. Cet état dure à peu près une demi-heure, ensuite les accidens se dissipent un peu, la connaissance revient, mais tout ne disparaît pas. La malade est apportée à l'infirmerie dimanche, 10 de ce mois, et voici ce qu'on observe : face rouge, peau chaude, décubitus indifférent ; douleurs de tête violentes, peu de sommeil, intelligence libre ; il existe, comme je l'ai dit, hémiplégie du côté gauche. La langue est rouge, sèche, et un peu sale sur le milieu ; la soif

est assez vive, la bouche amère, l'appétit nul, l'épigastre sensible à la pression, les selles sont libres, les urines coulent facilement. Aucune lésion vers les organes pulmonaires; point de toux, la respiration est facile, les crachats n'ont rien de particulier. La malade a quelquefois éprouvé des palpitations, mais qui n'ont été que passagères et peu fréquentes. Le pouls reste développé et la peau chaude.

Quel doit être le diagnostic? Si l'on remonte aux commémoratifs, je pense qu'on aura tout lieu de présumer que les douleurs éprouvées dès la jeunesse n'étaient nullement dues à un travail local, surtout à un ramollissement. En effet, si elles eusseut été dues à un travail local, la paralysie aurait fait des progrès rapides, et la malade assurément n'existerait plus; car, arrivée à la seconde période, cette maladie est ordinairement funeste dans un espace de temps très limité. Rarement voit-on le ramollissement du cerveau durer plus de trois mois. Ainsi, je pense que la paralysie qui a succédé à la perte de connaissance qui a eu lieu il y a trois ans, reconnaît pour cause une hémorrhagie cérébrale; que les accidens récemment éprouvés sont les symptômes d'une congestion cérébrale, accompagnée d'une irritation gastrique.

Quels moyens devait-on employer? La douleur de tête, la force du pouls, la chaleur de la peau, la rougeur de la langue, et la douleur épigastrique, indiquent certainement qu'il faut recourir aux anti-

phlogistiques, et la saignée générale paraît, dans ce cas, préférable.

Ainsi l'on prescrit : *saignée de deux palettes et demie, bain de pied sinapisé, boissons émollientes.*

La saignée n'est pas sitôt pratiquée que la malade se trouve soulagée, la douleur de tête diminue et disparaît même; la face reste un peu colorée, mais le pouls et la chaleur de la peau sont dans l'état naturel; la langue est un peu rouge; la douleur épigastrique a disparu, et la malade demande des alimens.

On continue les boissons délayantes.

Le 12 et le 13, le mieux est très sensible, et la malade est convalescente.

Le 14. Il s'est manifesté cette nuit un besoin fréquent d'uriner. Les urines rendues sont abondantes et très claires; du reste, aucun changement.

La maladie n'a pas cessé de marcher vers la guérison; de sorte que le 20, la veuve Moran avait recouvré la santé dont elle jouit habituellement.

LVe OBSERVATION (1).

Congestion cérébrale.

Marie-Antoinette Adancourt, âgée de 39 ans, d'une constitution forte, éminemment pléthorique, éprouve habituellement de la faiblesse, des tremble-

(1) Par M. Foville.

mens dans les membres thorachiques et abdominaux, dont le volume et la fermeté ne permettent pas de croire que ces accidens tiennent à une cause locale, tandis que tout concourt à faire penser que leur source est dans le système nerveux, puisque ces accidens s'observent dans tous les muscles soumis à l'influence de la volonté, et que d'ailleurs cette femme est sujette à des vertiges, à des éblouissemens, des tintemens d'oreilles, etc., preuves non équivoques que l'encéphale n'est pas dans son état normal.

Dans différentes circonstances on a employé, pour la soulager, les moyens dérivatifs et révulsifs les plus efficaces pour les congestions cérébrales, et toujours quelque diminution dans les symptômes en a été le résultat.

Ces diverses données permettent, je pense, de conclure que le cerveau est, chez cette femme pléthorique, le centre d'une fluxion habituelle, et que c'est à cette cause qu'il faut attribuer les divers phénomènes nerveux dont j'ai parlé plus haut.

Il y a trois jours que, marchant sur un plan peu régulier, elle heurta une aspérité du sol, fit une chute sur le dos, et perdit connaissance : elle assure bien que la perte de connaissance a été le résultat de sa chute, qu'aucun vertige n'avait précédé. Elle revint à elle très promptement; depuis ce moment, les vertiges et tous les autres symptômes de la congestion cérébrale ont toujours été croissant. Elle se plaint, en outre, d'une douleur assez forte dans le dos et le côté; mais aucun trouble des fonctions res-

piratoires n'existe; seulement les grandes inspirations font augmenter la douleur, ce qui porte à croire qu'elle reconnaît pour cause la contusion des parois thorachiques.

Cette malade nous apprend encore que depuis quinze jours elle vomit tous les matins. Elle a une soif très vive; la langue est blanchâtre, l'abdomen douloureux à la pression; il y a perte d'appétit, constipation; ce qui fait reconnaître une irritation gastrique, indépendamment de la maladie cérébrale. Ses règles sont venues samedi, après la chute, quoique leur éruption soit habituellement très régulière, et que l'époque en soit encore distante de 18 jours.

Il me semble que cette hémorrhagie prématurée doit être attribuée à la commotion violente produite par la chute, jointe à la pléthore habituelle de ce sujet. Un exemple analogue s'est présenté récemment à notre observation chez une femme qui avait pris en quantité plus qu'habituelle des boissons excitantes, dont l'ingestion fût promptement suivie de symptômes gastriques, de vomissemens, etc., toutes causes qui accélèrent singulièrement la circulation. Il me paraît facile de concevoir que cette altération doit porter dans tous les organes une somme plus grande de sang et d'activité. Ces circonstances sont très propres à déterminer à la surface des membranes les plus vasculaires, les plus perspirables, une exhalation sanguine. Aussi n'est-il pas rare qu'à la suite d'excès alcooliques, des hémorrhagies

nasales surviennent chez les hommes, des hémorrhagies utérines chez les femmes.

Ces considérations me paraissent aussi très propres à confirmer l'explication qui nous a été donnée au commencement de ce cours sur l'action des emménagogues. M. Rostan nous a dit qu'il ne pensait pas que ces médicamens presque tous excitans jouissent d'une action spéciale sur l'utérus, mais que si quelquefois ils produisaient le retour de l'évacuation sexuelle, il fallait attribuer cet effet à l'excitation générale qu'ils occasionnent; circonstance qui doit aussi rendre très circonspect dans leur emploi, particulièrement lorsque la suppression menstruelle a déterminé quelque phlegmasie.

Ces réflexions doivent apporter quelques lumières pour établir les indications thérapeutiques les plus convenables dans le cas qui nous occupe. En effet, cette femme présente encore tous les signes d'une congestion très active vers la tête. Il y a des vertiges, des tintemens d'oreilles, des éblouissemens; la face est fortement injectée, chaude; le pouls développé. Les règles sont venues; leur écoulement a été abondant le premier jour, moins abondant le second, etc. Doit-on croire que cette évacuation soit un effort salutaire de la nature, suffisant pour amener la guérison? Ensuite, y aurait-il quelque inconvénient à recourir à un moyen actif, qui peut-être supprimerait cette évacuation?

Pour la première question, il me semble que l'hémorrhagie utérine, ne dépendant pas d'une autre cause

que de la commotion violente imprimée à toute l'économie chez une personne pléthorique, ne mérite pas une attention particulière à cause de son siége. Sans doute qu'elle doit être considérée comme avantageuse pour la malade; mais nous voyons qu'assez abondante le premier jour, elle diminue le second, sans qu'un soulagement bien sensible en soit l'effet; d'où je conclus qu'elle sera insuffisante pour procurer la guérison, et qu'il faut recourir à des moyens plus énergiques.

D'un autre côté, est-il à craindre que la suppression des menstrues, effet possible de ces moyens, ne produise des accidens plus graves que ceux qui existent? Je crois que cette crainte n'est pas fondée, si l'on se rappelle la cause probable de cette hémorrhagie; qu'en même temps on fasse attention qu'elle n'arrive pas à l'époque fixée par la nature, et que d'ailleurs, apportant une attention journalière sur la malade, on sera à même de s'opposer aux accidens. Je pense donc qu'une saignée générale abondante remplit parfaitement l'intention que la nature elle-même a pour ainsi dire manifestée en produisant une hémorrhagie extraordinaire, et que cette indication remplie, dissipera les accidens qui existent, sans exposer à aucun autre.

Une saignée de quatre palettes a été pratiquée; l'hémorrhagie utérine persiste néanmoins..... Il y a beaucoup de soulagement vers la tête; le vomissement n'a pas eu lieu ce matin; en somme, la malade se trouve beaucoup mieux.

Les moyens délayans continués pendant quelques jours, amènent une convalescence bien franche.

LVI[e] OBSERVATION (1).

Congestion cérébrale.

Anne-Octavine, veuve Vimoueux, âgée de 77 ans, éprouva, le 26 février, une perte de connaissance occasionnée par une émotion morale. On la transporta de suite à l'infirmerie; des sinapismes lui furent mis aux jambes, et bientôt ses fonctions intellectuelles se rétablirent.

Le lendemain elle se trouvait si bien, qu'on put la croire à l'abri de tout accident. Cependant, après avoir disserté quelque temps sur la cause probable de la perte de connaissance, et s'être arrêté à un transport brusque et violent du sang vers le cerveau (aucune des causes qui peuvent produire l'asphyxie n'avait existé; la force du sujet, l'absence de maladie du cœur, éloignaient l'idée d'une syncope; aucun symptôme actuel dans les fonctions cérébrales ne permettait de supposer une méningite ou un épanchement sanguin), M. Rostan pense qu'il est possible que la congestion violente qui, d'après toutes les probabilités, avait déterminé la perte de connaissance, fût pour le cerveau une cause d'irritation suffisante pour amener postérieurement des accidens inflammatoires qui, certes, n'existaient pas alors.

(1) Recueillie par M. Foville.

Le soir du même jour, l'état de la malade justifia complètement les craintes annoncées précédemment; elle était sur son séant, la face colorée, les yeux brillans, les mains dans une agitation continuelle, ses oreillers, ses couvertures jetés de part et d'autre. Elle répondait en riant aux questions les plus sérieuses; le pouls était fort, la peau chaude, etc.

Le même état persistant le lendemain matin, vingt sangsues furent mises au cou, et leur application suivie du retour complet de la santé.

LVII[e] OBSERVATION (1).

Congestion.

Aubigny, veuve Ratier, âgée de 60 ans, d'une forte constitution, d'un embonpoint plus qu'ordinaire, très impressionnable, devenue aveugle il y a quelques années, à la suite d'une affection morale, était sujette depuis ce temps à de fréquentes céphalalgies; des bouffées de chaleur lui montaient brusquement à la tête, la face se colorait, etc; mais ces accidens se dissipaient ordinairement d'eux-mêmes.

Le 9 février au matin, elle éprouva de la gêne dans la parole; le même jour, elle fit une chute, à la suite d'une perte de connaissance, qui se dissipa bientôt, laissant après elle de l'embarras dans les mouvemens des membres et de la langue. Elle resta dans cet état

(1) Par M. Foville.

jusqu'au 14, mangeant comme à l'ordinaire, digérant facilement, mais n'allant presque pas à la selle. (Cet état de constipation est assez fréquent chez cette malade.)

Le 14, elle parut beaucoup plus malade aux personnes de son emploi, qui appelèrent l'élève de garde. Il observa les phénomènes suivans : coucher en supination, bras tombant sur les côtés du tronc, face peu colorée, immobile; les yeux et la bouche ouverts. Les questions adressées à la malade ne recevaient pas de réponse, ou bien c'était seulement quelque monosyllabe. Les mouvemens généraux étaient tout-à-fait vagues et indéterminés. L'élève appelé, considérant que les principaux troubles existaient dans les mouvemens et l'intelligence, fonctions du cerveau, en conclut qu'il y avait lésion de cet organe. Il se détermina, d'après les forces du sujet, à faire appliquer vingt sangsues au cou. Il prescrivit, en outre, un lavement et une boisson laxative. (La prescription fut exécutée dans la matinée.) Le soir, il y avait du changement dans les symptômes. A l'état de stupeur observé dans la matinée avait succédé une modification très singulière dans les fonctions cérébrales; des mouvemens presque continuels, assez bornés, brusques, de légères rétractions, avaient lieu dans les membres, mais plus particulièrement dans ceux du côté gauche. Ces mouvemens ne paraissaient pas dirigés par une influence volontaire; cependant, en disant à la malade de porter ses mains à la tête, elle obéissait de suite; elle répondait juste à ce qui lui était demandé, pourtant avec une inflexion de voix particulière.

Lorsque, sans l'interpeller, on parlait de manière à être entendu d'elle, elle répétait les finales, ou bien adressait une réponse juste ou non; enfin, se mêlait de la conversation de l'air du monde le plus naturel. C'est surtout dans les momens où on lui parle, ou que l'action du cerveau est sollicitée de toute autre manière, que les mouvemens du côté gauche se manifestent.

Il y a beaucoup plus de calme lorsqu'on est éloigné. Il existe, en outre, des phénomènes importans à considérer : la face est assez colorée, la peau n'est pas très chaude; mais le pouls offre de la fréquence et de la force. Il n'y a d'ailleurs aucun symptôme d'irritation gastro-intestinale; la pression la plus forte de l'abdomen n'excite pas la moindre douleur.

D'après les phénomènes observés, il est impossible de ne pas admettre l'existence d'une affection cérébrale, puisque les fonctions de cet organe, l'intelligence et les mouvemens, sont simultanément lésés; mais il n'est pas aussi facile de déterminer la nature de cette lésion. Pourtant, s'il est permis de se livrer à quelques conjectures, il me paraît assez raisonnable d'admettre que la perte de connaissance subite qui a eu lieu dans la journée du 9, est le résultat d'une congestion violente vers l'encéphale, et que les symptômes observés postérieurement, sont le résultat des désordres que cette congestion a produits. L'état différent du bras droit et du bras gauche annonce sans doute, indépendamment de l'affection générale du cerveau, un état particulier de chaque hémisphère

correspondant ; mais n'est-il pas possible que dans le transport violent du sang vers l'encéphale, il se soit formé dans la substance cérébrale quelques ecchymoses analogues à celles qu'on rencontre fréquemment dans le voisinage des ramollissemens, et que les accidens locaux des membres ne dépendent de ces lésions locales dans le cerveau ?

Quoi qu'il en soit de ces idées, on prescrit le traitement antiphlogistique, sans qu'aucun résultat bien satisfaisant soit obtenu ; on est souvent forcé de revenir à l'emploi de la saignée, parce que de nouvelles congestions très fortes se manifestent. Vers la fin de la maladie, il survient de la contracture dans les membres abdominaux, des escharres gangréneuses au sacrum ; enfin, paralysie des membres abdominaux, et la mort.

Examen du cadavre.

En se rappelant combien vagues étaient les symptômes de la maladie, on ne sera pas étonné de voir la même indécision dans les altérations organiques qui la produisirent. Aussi on trouva, à l'ouverture du crâne, de l'injection dans la dure-mère, de l'infiltration dans l'arachnoïde et la pie-mère, quelques plaques blanches dans ces membranes ; plusieurs points rouges, livides, dans la masse cérébrale, plusieurs petites collections de sang dans la substance, sans qu'aucun point en particulier fût le siége d'une altération bien profonde, sans que l'une des deux substances fût plus particulièrement altérée.

La lésion la plus prononcée existait au cervelet, dont la surface ramollie s'enlevait avec les membranes qui la recouvrent.

Les poumons étaient engoués; le cœur volumineux et flasque.

Il y avait de la rougeur à la surface intérieure de l'encéphale, et aussi un peu dans le gros intestin.

LVIII[e] OBSERVATION (1).

Congestion cérébrale, sans perte de connaissance, due à une pléthore générale, prise le 18 *novembre* 1822.

Marie-Thérèse Courtois, fille, âgée de 54 ans, offre tous les caractères d'une constitution pléthorique. Ses cavités sont larges, ses membres développés, les chairs joignent à une consistance remarquable, un développement assez rare chez une femme. L'utérus ne cessa jamais chez elle, malgré plusieurs maladies, de remplir périodiquement ses fonctions. Le 18 novembre, Courtois entre à l'infirmerie, accuse des douleurs vers la poitrine et l'épigastre, survenues depuis peu sans frisson. Une soif ardente, due peut-être à l'élévation de la température, autant qu'à la maladie, excite ses plaintes. La langue d'ailleurs est humide, peu jaune, sans autre phénomène gastrique ou intestinal. Les battemens du cœur activés, donnent

---

(1) Par M. Germain.

de la force et de la fréquence au pouls, et facilitent une transpiration abondante. On ne crut point devoir recourir à un traitement actif. La diète, les boissons acidulées, furent prescrites.

Néanmoins les mêmes symptômes conservent leur intensité. Le 22, douleur vers l'hypochondre droit, vomissemens de matières muqueuses, avec absence de tout autre symptôme annonçant une inflammation vers les organes abdominaux. Quinze sangsues appliquées à l'anus donnent beaucoup de sang sans aucune amélioration. Pendant huit jours on se borne à une médecine expectante; mais une nouvelle série d'accidens se manifeste.

La face est vultueuse, rouge dans toute son étendue; le regard est vif, étincelant; le pourtour des lèvres très vermeil; il y a vertiges, étourdissemens, tintemens d'oreilles, céphalalgie avec pesanteur de tête, battemens des temporales. La contraction du ventricule gauche très forte et accélérée, donnant au pouls une dureté, un développement et une fréquence qui indiquent la nécessité d'une saignée générale. Une évacuation sanguine de quatre palettes pratiquée à l'instant, fait évanouir tous ces accidens: quelques jours suffisent pour ramener la santé à son type ordinaire. Le quinzième jour, la malade demande à sortir; le seizième, elle quitte l'infirmerie dans l'état de santé le plus satisfaisant.

LIXe OBSERVATION (1).

Congestion cérébrale avec engourdissement marqué des membres, guérie en deux jours.

Marie-Angélique Varlourel, femme, âgée de 79 ans, d'une constitution faible et décrépite, éprouve depuis long-temps des palpitations, de la dyspnée, surtout la nuit; une difficulté extrême à faire une longue course. Depuis quelques mois, elle est sujette aux vertiges, aux étourdissemens, aux illusions d'optique. Il y a quinze jours, elle fut prise d'une céphalalgie intense, lorsque le 6 mars au soir un malaise général se déclara; le frisson la saisit, et fut suivi d'une soif intense avec fièvre; ces accidens persistèrent trois jours, au bout desquels la malade s'évanouit. Peu après elle revint à elle, mais dans un délire manifeste. Les regards sont vifs, la face vultueuse, les réponses incohérentes. On examine les fonctions successivement. On trouve : 1° douleur au côté droit de la poitrine avec son légèrement mat vers sa partie postérieure, *absence de tout autre signe*; 2° pouls fréquent et développé; 3° langue sèche, blanche au centre, rouge sur les bords; soif intense, épigastre légèrement douloureux à la pression.

On crut reconnaître que la maladie prédominante était la lésion du cerveau, causée par un afflux no-

(1) Par M. Germain.

table de sang vers ce viscère; car il y avait engourdissement des membres, etc., etc. Vingt sangsues furent appliquées au cou. On y joignit l'usage des gommeux pour boisson et des émolliens en lavement. Le lendemain 11 mars, plus de délire, figure calme, naturelle, pouls très peu fréquent. On crut prudent néanmoins d'établir des dérivatifs aux pieds. Ces moyens eurent tout l'effet désirable, et dès-lors tous les accidens pleurétiques, gastriques, cérébraux, disparurent; la malade ne se trompa plus de lit; une prompte convalescence eut lieu.

Vers la fin de mars, elle obtint sa sortie.

LXe OBSERVATION (1).

Congestion cérébrale avec épanchement léger. Terminaison heureuse. (25 *degrés de chaleur.*)

Aimée Edet, veuve Caron, âgée de 70 ans, est d'un tempérament sanguin, d'un caractère gai et d'une petite stature. Elle présente à droite une déviation de la colonne vertébrale. Réglée à 15 ans, devenue mère de deux enfans, elle a cessé d'être menstruée à 48 ans, sans jamais avoir éprouvé de maladies. Mais depuis plusieurs années, elle offre tous les symptômes qui caractérisent une affection organique du cœur; tels que des palpitations, une très grande gêne dans la respiration,

(1) Par M. Droullin.

qui est surtout augmentée pendant les temps froids de l'hiver ; un essoufflement considérable au moindre exercice, et particulièrement lorsqu'elle vient à monter un escalier un peu élevé. Il existe une toux presque continuelle, qui est cependant beaucoup plus forte l'hiver que l'été. Les crachats indiquent en effet un catarrhe ancien. Plusieurs fois déjà elle a éprouvé des congestions cérébrales avec perte de connaissance. Souvent elle ressent des vertiges, des tintemens et des bourdonnemens dans les oreilles. Son sommeil n'en est pourtant pas sensiblement troublé. Jamais elle n'a éprouvé de maux de tête qui puissent indiquer d'affection locale du cerveau. Ses membres ont toujours été très libres, et exempts de paralysie ; elle n'y a pas même ressenti des fourmillemens ni d'engourdissemens. Son intelligence n'a jamais paru altérée. Quelques coliques sont les seuls symptômes de maladie qu'elle ait présentés ; lorsqu'hier, 5 juin 1822, à deux heures d'après-midi, étant à dîner, et n'ayant encore mangé qu'une partie de son potage, elle perd tout à coup connaissance ; la face devient rouge, vultueuse, les yeux sont injectés, les artères carotides et temporales battent avec force ; le pouls est fort, développé, et la peau chaude. Portée à l'infirmerie, elle reste à peu près une demi-heure dans cet état, et recouvre ensuite sa connaissance. Examinée à la visite du lendemain, voici ce qu'on remarque :

6 juin. La malade est couchée en supination, la face est encore rouge, les yeux sont animés ; elle répond

avec vivacité à toutes les questions qu'on lui adresse; mais elle ignore qu'elle a perdu connaissance. Sa main gauche est portée avec peine à la tête. Les mouvemens de la jambe de ce côté sont assez libres. La tête n'est le siége d'aucune douleur. La langue est un peu sale, rouge sur les bords; la bouche pâteuse, sans nausées, ni envies de vomir; il y a peu de soif, et l'appétit est bon. L'épigastre est sensible à la pression; le ventre est libre, mais sans dévoiement. La respiration est gênée; les bronches contiennent beaucoup de mucosités, qui produisent le râle sibilant. Les battemens du cœur sont forts; la peau chaude, le pouls fréquent et développé. (Prescr. : *saignée de trois palettes, chicorée miellée; lavement avec sulfate de soude; un bain de pieds sinapisé.*)

7. La saignée a été pratiquée, le sang est riche et sans croûte inflammatoire. La malade va mieux; la face n'est pas si rouge; on ne remarque plus d'agitation, le pouls est moins fort et moins fréquent; mais les mouvemens du bras gauche sont toujours très gênés. (Même boisson.)

8 et 9. La malade est très bien, le mouvement devient chaque jour plus facile. Il n'existe aucune douleur. Le pouls et la respiration sont revenus à l'état naturel. L'appétit est bon, la digestion se fait bien, et toutes les autres fonctions s'exécutent parfaitement.

10. Même état.

11. Il est survenu un peu de dévoiement avec

une douleur dans le côté droit du cou. Cette douleur paraît due à un vent coulis qui vient d'une porte voisine. La malade a d'ailleurs passé une bonne nuit. Le bras gauche est presque aussi agile que le droit.

12. Tous les accidens sont dissipés; la malade a bien dormi, elle n'éprouve plus de douleurs, la respiration est facile. Il ne reste plus qu'un peu de toux, qui est l'effet de la maladie du cœur dont cette femme est atteinte. Elle se lève et se promène sans éprouver le moindre symptôme fâcheux.

14. Caron est bien guérie, elle ne ressent plus qu'une très légère faiblesse dans le bras qui a été paralysé.

Nouvelle maladie. Congestion cérébrale.

Sa santé a continué d'être bonne jusqu'au 26 août 1822, époque à laquelle elle a été affectée d'une nouvelle congestion cérébrale. Couchée cette fois au n° 100 de la salle Saint-Matthieu, elle nous a offert les symptômes suivans, à la visite du matin 27 août 1822 :

27. Elle est encore tout étourdie. La langue est embarrassée; elle dit avoir éprouvé des fourmillemens, et ressenti un peu de gêne dans le bras gauche. La bouche est légèrement déviée à droite, la respiration bonne, le pouls fort et développé. (Prescription : *saignée de deux palettes, bain de pieds sinapisé, tisane laxative.*)

28. A quatre heures et demie du soir, cette malade est encore affectée d'une nouvelle congestion cérébrale avec perte de connaissance, pour laquelle on lui fait appliquer vingt sangsues au cou.

29. Elle est dans une agitation continuelle; cette nuit elle s'est levée plusieurs fois. La vue est nette, la bouche ne présente plus aucune déviation; la parole est libre, les membres sont remués avec facilité; il existe seulement un léger engourdissement dans le bras gauche. La respiration est facile, le pouls presque naturel. Les fonctions digestives sont en bon état; la malade demande à manger. (Prescription : *vésicatoire à une jambe, diète absolue.*)

30. Elle a éprouvé hier beaucoup de délire, au point qu'on a été obligé de lui mettre la camisole de force pour la tenir dans son lit. Si on lui demande où elle a mal, elle répond qu'elle ne souffre pas. Le pouls est régulier, mais un peu fréquent; il y a constipation. (Prescription : *diète absolue, tisane et lavement laxatifs.*)

31. Le délire a disparu, la malade raisonne assez juste. Elle accuse aujourd'hui un sentiment d'engourdissement dans la jambe et le bras du côté droit. Elle éprouve des étourdissemens; la tête n'est au reste le siége d'aucune douleur. La respiration est bonne, le pouls un peu fréquent et la peau chaude. Elle a été à la garde-robe. (Même prescription.)

1er septembre. La malade est mieux, la face est moins colorée; le délire a tout-à-fait disparu;

le pouls est régulier et naturel. Elle se plaint beaucoup de la douleur que lui cause le vésicatoire. Toutes les fonctions s'exécutent bien; on lui permet un léger potage.

2. Elle ne parle plus que de la douleur du vésicatoire.

7. La malade n'éprouve plus aucun accident.

LXIe OBSERVATION (1).

Congestion cérébrale.

Anne Marseille, veuve Lepautre, âgée de 63 ans, d'une constitution forte, pléthorique, d'un tempérament sanguin, ayant toujours joui d'une bonne santé, présente une susceptibilité cérébrale très remarquable, qu'attestent sa vive sensibilité, les céphalalgies fréquentes auxquelles elle est sujette et plusieurs affections du cerveau que les évacuations sanguines ont toujours dissipées.

Il y a deux jours qu'après avoir mangé, elle reçut d'une de ses compagnes l'insulte la plus mortifiante; elle en fut si vivement affectée, qu'elle perdit connaissance, et fut prise de convulsions générales. Appelé près d'elle, je la trouvai revenue un peu à elle-même, mais encore agitée de mouvemens convulsifs très violens; les mains spasmodiquement fermées, la respiration très accélérée, en quelque sorte convul-

(1) Par M. Foville.

sive, et produisant un sifflement très fort; les battemens du cœur et des carotides extrêmement violens et tumultueux, la face injectée, brûlante; l'articulation des mots impossible, pourtant l'intelligence paraissait encore s'exercer.

Je pratiquai de suite une large saignée. A peine s'était-il écoulé quelques onces de sang, que l'état convulsif cessa; les mouvemens devinrent libres, au point que la malade put facilement mouvoir un lancetier que j'avais introduit avec beaucoup de peine dans sa main. La parole revint aussi presqu'à l'instant; la malade s'en servit pour exprimer le soulagement qu'elle éprouvait, et qui était plus grand à mesure qu'une plus grande quantité de sang s'échappait. J'en laissai couler près de cinq palettes, et, après cette évacuation, cette femme était presque rendue à son état naturel. Toutes les fonctions soumises au cerveau s'exerçaient librement; seulement il existait encore un peu d'agitation, quelques fourmillemens dans les membres, surtout à gauche; des mouvemens convulsifs dans le même côté de la face. Des nausées survinrent, et les alimens ingérés dans l'estomac presque immédiatement avant l'accident furent rejetés.

Pensant, malgré le grand soulagement produit par la saignée, qu'il était encore utile d'employer quelques moyens dérivatifs, je fis administrer un lavement purgatif; une selle copieuse eut lieu. Le lendemain, la malade se trouvait dans un état très satisfaisant. Cependant les maux de tête revinrent quelques jours après; les fourmillemens du côté

gauche du corps, les mouvemens du même côté de la face, persistaient : la tête était douloureuse du même côté; mais cette douleur était manifestement extérieure, la moindre pression l'augmentait. Une nouvelle saignée fut faite, et quelque temps après la malade sortit de l'infirmerie, conservant toujours une gêne dans les mouvemens du côté gauche.

M. Rostan pensa que les accidens primitifs dépendaient d'une congestion violente du sang dans le cerveau; que cette congestion avait pu être plus forte d'un côté que de l'autre ; que probablement même il s'était formé un léger épanchement sanguin dans l'hémisphère droit, et que cette circonstance expliquait les symptômes bornés après quelques jours au côté gauche du corps.

LXIIe OBSERVATION (1).

Congestion cérébrale générale.

Une femme, âgée de 71 ans, d'une constitution médiocrement forte, ayant toujours joui d'une bonne santé, réglée à 15 ans, ayant eu plusieurs enfans, et ayant cessé d'être réglée à 50 ans, sans maladie, éprouva, il y a deux ans, un étourdissement subit et tomba dans sa chambre, mais tout en conservant l'usage de ses sens. On la saigna, on lui

---

(1) Par M. U. Trélat.

appliqua des sangsues ; mais les deux membres du côté gauche restèrent paralysés. Cependant ils reprirent, au bout d'un assez long espace de temps, la faculté d'exercer quelques mouvemens, lorsqu'un nouvel accès arriva et la remit dans le même état. Cette attaque survenue il y a un an, fut moins forte que la première ; il n'y eut pas non plus d'évanouissement.

Le vendredi 16 février, il en survint une autre. Elle était occupée à coudre, elle sentit un étourdissement qui l'empêcha de continuer ; elle éprouva une chaleur vive dans la tête, sa vue se brouilla ; mais, d'après son rapport et celui des personnes qui l'entouraient, elle ne perdit point connaissance.

La malade fut apportée à l'infirmerie, ayant la face et tout le corps d'une rougeur bien remarquable, la parole très embarrassée, mais les membres dans le même état qu'avant cette attaque. Le chirurgien de garde lui fit une assez large saignée, et prescrivit une boisson émétisée.

Le 17, à la visite, le corps, et surtout la figure, sont toujours très rouges ; douleur générale dans la tête, la langue peu libre, les yeux brillans, démangeaison sur tout le corps, pupilles contractiles.

Ventre douloureux à la pression, bouche amère, langue assez nette, un peu sèche, selles rares et difficiles, urines abondantes.

Poitrine parfaitement libre, pouls régulier, peu fréquent ; peu de sommeil.

Diagnostic. La promptitude des accidens, l'ab-

senee de douleur et d'engourdissement antérieur, le bon état des facultés intelleetuelles, font rejeter toute idée de ramollissement eérébral. Mais y a-t-il eu hémorrhagie ou simple eongestion? Le peu de gravité des symptômes, l'intégrité des mouvemens dans le même état qu'avant l'attaque, font peneher pour la congestion : la suite et la marche de la maladie éelaireront eette question. Dans le cas de eongestion seule, est-elle loeale ou générale? Elle est générale, puisqu'elle n'a pas d'effets loeaux.

(Traitement : *même boisson émétisée, un lavement.*)

Le 18, la faee est un peu moins rouge, la parole est beaucoup plus distinete; la malade annonee, en souriant franehement, qu'elle est bien, qu'elle se trouve on ne peut pas mieux, qu'elle ne ressent plus aueune douleur dans la tête.

Le 19, l'état est eneore plus satisfaisant; la figure beaueoup moins colorée est revenue à son état naturel; plusieurs selles ont eu lieu, le sommeil est paisible.

Le lendemain et les jours suivans, le rétablissement est parfait.

La marehe de la maladie a eonfirmé le diagnostie : s'il y eût eu épanehement, la difficulté des mouvemens se serait probablement manifestée tôt ou tard. La prompte guérison donne parfaitement raison d'une congestion eérébrale sans hémorrhagie, tandis que cette rapide eonvaleseenee ne permet pas d'expliquer la résorption d'un épanehement.

En lisant ces observations attentivement, on voit combien elles diffèrent de la marche ordinaire du ramollissement, dans son état le plus commun, c'est-à-dire simple et régulier. En effet, on ne trouve ici aucun signe qui annonce un travail local et circonscrit; ce ne sont que des symptômes d'une affection générale. *Rougeur de la face et du cou, perte de connaissance, paralysie générale, insensibilité des organes des sens.* Si l'on ajoute à cela la durée si courte de la maladie, n'aura-t-on pas des signes suffisans pour distinguer ces deux affections? Le ramollissement, ayant son siége même au centre du cerveau, n'a-t-il pas et une durée plus longue et une marche plus progressive? Lorsqu'il a son siége dans un des hémisphères, ce n'est que vers la terminaison qu'il peut offrir quelque analogie avec la congestion cérébrale; mais alors on a pu observer des symptômes locaux dans le principe de la maladie. La rapidité des accidens semble tenir à la nature de la maladie, dont la marche doit être nécessairement prompte. Une dilatation subite des vaisseaux doit donner lieu à des accidens d'autant plus rapides, qu'elle arrive dans un organe sain; la compression est alors subite, les accidens instantanés.

Mais la congestion sanguine peut être partielle : de même qu'on voit la conjonctive d'un seul côté devenir rouge dans certains cas; de même, par l'effet de la pesanteur, ou de toute autre cause, l'injection du cerveau et des méninges peut être partielle, et donner lieu à des symptômes locaux. Cela

ne répugne pas à admettre; mais alors les accidens sont peu graves, et se dissipent avec promptitude, soit spontanément, soit par quelques soins convenables; et il n'est pas permis de les confondre avec ceux du ramollissement, surtout ceux de la deuxième période.

L'observation suivante semble confirmer ce que nous annonçons ici.

LXIIIe OBSERVATION (1).

Congestion cérébrale locale.

Marie-Louise Arlot, âgée de 74 ans, d'une très forte constitution, ayant eu plusieurs enfans, a toujours joui d'une parfaite santé, dont ni l'apparition ni la suppression de ses menstrues n'ont interrompu le cours.

Depuis trois ans elle est dans la maison et s'y portait fort bien, lorsque le 1er mars elle éprouva des vertiges, et se trouva dans l'impossibilité de se tenir debout. Au reste, elle assure et les personnes qui l'entouraient confirment qu'elle n'a pas perdu connaissance, que son intelligence resta toujours entière, mais que sa parole était embarrassée; son bras et sa jambe gauche cessèrent d'exécuter des mouvemens aussi faciles et aussi prompts que de coutume.

Transportée le même jour à l'infirmerie, elle se

(1) Par M. U. Trélat.

présente le lendemain matin 20 mars dans l'état suivant : la face est rouge, animée ; elle éprouve beaucoup de chaleur à la tête, mais point de céphalalgie ; la parole est libre, mais assez vive et assez précipitée pour démontrer un état d'agitation ; l'intelligence est entière, le bras gauche se meut avec beaucoup plus de facilité que la veille, et est porté à la tête aussi aisément et aussi promptement que l'autre. La main serre un peu moins fortement que la droite ; mais cela se remarque souvent dans l'état le plus parfait de santé, à cause de l'exercice plus fréquent de l'une que de l'autre ; la jambe se meut aussi facilement ; la bouche n'est nullement déviée ; les deux yeux sont également ouverts, les deux pupilles également contractiles.

La poitrine est parfaitement libre.

L'estomac n'est le siége d'aucune douleur ; point d'amertume dans la bouche, point de nausées, point de rapports ; selles naturelles. La bouche est sèche, la soif assez vive, la langue nette, mais peu humectée ; le pouls est plein, médiocrement fréquent ; la peau peu chaude ; les pieds toujours froids.

(Prescription : *boissons délayantes, sangsues au cou.*)

Le soir, le visage est très rouge ; l'agitation paraît plus grande ; le pouls est très plein et assez fréquent ; la peau chaude, la soif vive, les pieds froids.

Diagnostic. La tête est le siége de la maladie. Les symptômes sont tous aigus ; on a donc à rejeter toute idée d'affection chronique, et il ne reste en ligne

d'examen qu'un ramollissement et une congestion locale, puisque les symptômes ont été locaux; mais il n'est pas aussi facile de se prononcer pour l'une ou pour l'autre de ces maladies, les circonstances commémoratives, toujours si précieuses dans de pareils cas, étant dans celui-ci peu précises et peu lumineuses. En effet, si l'on interroge la malade et les personnes qui l'entouraient, on apprend que, depuis assez longtemps, son extrémité inférieure gauche paraissait faiblir et semblait comme traînante; que quelques jours avant son entrée à l'infirmerie, elle ressentit des engourdissemens dans les doigts, dans le bras et dans la jambe gauches; et ces circonstances, ordinairement symptomatiques du ramollissement, portent à en soupçonner l'existence.

Mais on a, d'un autre côté, à opposer à cette opinion, et à produire en faveur de la congestion locale, l'absence complète de maux de tête, que la malade affirme n'avoir jamais éprouvés; la défiance que la prudence commande à l'égard des rapports de gens ignorans, dont le oui ou le non aux questions qu'on leur fait, dépend souvent du désir de plaire ou de déplaire à la personne qui les interroge; enfin, le caractère peu grave de l'affection, sa marche peu alarmante, et la tendance qui paraît se montrer vers la résolution.

J'ajouterai cependant à cet égard, qu'il faut souvent se défier de ces améliorations brusques, lorsque l'agitation des malades, la fréquence des battemens artériels, la soif vive, etc., n'étant pas en rapport

avec ce mieux apparent, font soupçonner la persistance d'un travail intérieur.

Il faut attendre pour prononcer : si c'est une congestion, la résolution sera prompte. Dans le cas d'un ramollissement, les symptômes s'aggraveront sans doute, et les yeux verront ce que l'esprit aura prévu.

Le 3, la face est très rouge, les yeux sont animés, la parole vive, la peau chaude et couverte de sueur, le pouls plein et fréquent ; le bras se meut moins facilement que la veille.

(Prescription : *une saignée, boissons délayantes, un lavement.*)

Cette marche active n'est pas celle du ramollissement, qui, soit qu'il doive ou non être regardé comme une maladie inflammatoire, ce que l'avenir seul pourra peut-être décider, n'est pas accompagné de symptômes si franchement prononcés. Il est bien évident maintenant que la maladie est une congestion locale assez intense, qui a eu plusieurs récidives, et à laquelle le sujet est très disposé. Peut-être même y a-t-il eu un léger épanchement qui sera probablement résorbé, et il est possible que ce soit le travail de la résorption qui entretienne l'état d'activité dans lequel se trouve toute l'économie.

Le 4, mieux marqué ; le bras se meut facilement, et est porté sans peine à la tête ; la face est moins rouge, le pouls moins dur et moins plein ; la malade demande à manger.

Les jours suivans, convalescence..... guérison.

Cependant la face est toujours colorée. Cette femme aura désormais une grande disposition aux congestions cérébrales : l'encéphale reçoit à coup sûr beaucoup plus de sang qu'il n'en recevait avant d'être affecté.

§ II. *Congestion séreuse. Hydrocéphale.*

Il me semble que les auteurs qui ont traité de ces maladies, quel que soit le nom qu'ils leur aient donné, ont pris la conséquence d'une maladie pour la maladie elle-même. Les noms de *fièvres cérébrales hydrocéphaliques*, d'*apoplexies séreuses*, d'*hydrocéphales aiguës* ou *chroniques*, ne peuvent signifier autre chose qu'une phlegmasie aiguë ou chronique, ou une altération organique du cerveau ou de ses membranes, terminées par un épanchement de sérosité entre les méninges ou dans les ventricules. N'oublions pas que la nature suit toujours les mêmes lois. L'épanchement de sérosité arrive dans les cavités tapissées par les membranes séreuses, à la suite des maladies organiques de toute espèce, des phlegmasies aiguës ou chroniques de ces membranes. Ces épanchemens sont des phénomènes consécutifs de ces diverses altérations. Ce qui a lieu pour les autres cavités doit avoir lieu pour le cerveau. Il est inutile d'embarrasser l'art par des divisions arbitraires. Lorsqu'à l'ouverture du corps d'un individu mort avec les symptômes d'hydrocéphale, d'apoplexie séreuse, etc., on rencontre un épanchement de séro-

sité, on doit chercher attentivement s'il n'existe pas dans le cerveau quelque autre lésion; il est extrêmement rare qu'on ne la rencontre pas. Le ramollissement du cerveau est, de toutes les maladies, celle qui donne le plus souvent lieu à cette collection de sérosité. Je ne sais pas pourquoi s'opère cet épanchement : l'explication qu'on a donnée pour les maladies du cœur et du poumon est très satisfaisante; mais elle ne trouve pas son application aux maladies des autres viscères. Quoi qu'il en soit, cette collection de sérosité s'annonce par des phénomènes généraux de compression : la somnolence, la diminution de l'intelligence, la paralysie générale, les convulsions, etc. Lorsqu'elle a été précédée de symptômes locaux, comme paralysie partielle d'un membre ou d'un sens, il est très probable qu'elle est due à une maladie locale, au ramollissement. Lorsqu'elle dépend de l'inflammation des méninges, les phénomènes qu'elle occasionne sont généraux. La collection d'eau dans les ventricules donne lieu aux symptômes généraux, parce qu'ils communiquent entre eux, et qu'à supposer qu'une cause quelconque s'opposât à cette communication, la dilatation d'un ventricule ne tarderait pas à opérer une compression sur le ventricule voisin.

§ III. *Arachnitis.*

Ainsi que les maladies précédentes, la méningite ne donne lieu qu'à des phénomènes généraux. En

effet, l'injection inflammatoire est générale, l'irritation, et plus tard la compression, égales dans tous les points; les convulsions, la contracture, les douleurs, ou la paralysie, doivent par conséquent être générales. On ne pourrait donc confondre cette maladie qu'avec le ramollissement central du cerveau. Mais le ramollissement ayant son siége au centre du cerveau, est une maladie fort rare, eu égard à son existence sur tout autre point: la méprise sera donc infiniment peu fréquente. Si l'on fait ensuite attention que la méningite arrive ordinairement sans signes précurseurs, ou que ceux qu'elle présente ne sont pas ceux de la première période du ramollissement, on devra peu craindre de se tromper. C'est ainsi, par exemple, que le diagnostic a été porté d'avance avec justesse dans les observations suivantes.

LXIVe OBSERVATION (1).

Arachnitis.

La nommée Jeanne Cochard, âgée de 67 ans, entra le 6 septembre à l'infirmerie. Cette malade était depuis long-temps sujette à un écoulement catarrhal et à des douleurs très vives de l'oreille droite. L'écoulement s'est arrêté quelques jours avant son arrivée.

Le 6 septembre, malaise extrême, douleurs très

(1) Recueillie par M. Leblond.

vives dans l'oreille, sentiment de courbature générale, vomissemens bilieux; puis ensuite, perte de connaissance, avec tremblement des membres et contraction générale.

État de la malade le 7 septembre. — Face pâle, traits de la face parfois en convulsion. Pupilles assez dilatées; la droite est moins contractile que la gauche.

La langue est humide; on ne peut la faire sortir de la bouche. L'abdomen est ballonné sans être dur: il n'est pas douloureux. Il y a des déjections involontaires.

La respiration est facile et naturelle, quoiqu'un peu fréquente. Le thorax résonne bien dans tous ses points.

Le pouls est fréquent, régulier, assez développé; les battemens du cœur sont obscurs.

La perte de connaissance dure toujours. La malade n'entend pas les questions qu'on lui adresse; elle ne fait que pousser quelques gémissemens assez faibles.

Les membres supérieurs sont dans un état de contraction remarquable; la malade est dans une agitation continuelle, elle se tourne en divers sens dans son lit; ses membres inférieurs ne sont pas contractés ni paralysés. (*Laxatifs, dérivatifs à la nuque, aux jambes.*)

Mort le 8 septembre, à cinq heures du matin.

Ouverture du corps, le 9.

Tête. Adhérence intime de la dure-mère aux os du crâne. Engorgement des veines et des sinus cérébraux. La dure-mère enlevée laisse voir l'arachnoïde cérébrale, dont plusieurs points sont entrés en suppuration, mais seulement à sa surface externe qui recouvre le cerveau, de sorte qu'on ne peut enlever le pus qu'après avoir incisé l'arachnoïde qui recouvre les circonvolutions. La suppuration s'étend profondément entre quelques-unes de ces circonvolutions. La substance corticale du cerveau offre en quelques endroits une teinte rosée, et cela à une ligne environ du point de contact avec la substance médullaire. Le ventricule droit contient une certaine quantité de sérosité floconneuse, et, dans son extrémité postérieure, du pus fluide. La gauche en contient fort peu.

Les vaisseaux du cervelet sont aussi engorgés, et ses membranes présentent les mêmes altérations que celles du cerveau.

L'oreille droite, dont on ne fait pas une dissection approfondie, paraît, à l'extérieur, n'avoir été le siége que d'un catarrhe chronique.

Les poumons et le cœur sont sains; il existe une cicatricule au sommet du poumon gauche.

Les organes abdominaux sont dans un état parfait d'intégrité.

LXVe OBSERVATION. (1).

Méningite.

La veuve Hermanne, âgée de 84 ans, d'une constitution forte, est douée habituellement d'une santé robuste; ennemie du repos, dure à elle-même, peu dégradée par l'âge, son intelligence et ses membres semblent conserver l'activité de la jeunesse. Naguère encore, elle franchissait plusieurs fois par semaine, et sans fatigue, un espace étendu qui la séparait de son vieil époux.

Le 12 janvier 1821, cette femme éprouve quelques contrariétés, passe plusieurs heures sur une chaufferette pleine de feu; bientôt on la recueille dans un état de stupeur profonde; on l'apporte à l'infirmerie.

(Examen.) Etat comateux, intellect sourd à toute espèce de question; on ne peut tirer la malade de l'espèce de torpeur où elle est plongée; décubitus sur le dos, collapsus de tous les membres, qui peuvent se mouvoir et se soustraire à l'impression douloureuse qu'on y provoque en la pinçant. Respiration stertoreuse, écume à la bouche; petitesse et irrégularité du pouls : on diagnostique une lésion générale du cerveau ou de ses membranes (*Révulsifs*).

13. Au coma a succédé une loquacité remar-

(1) Par M. Flin Calmeil.

quable; la malade répète, d'une manière machinale, quelques prières latines, qu'elle se hâte de prononcer, pour les redire de nouveau avec la même vivacité. Fréquence du pouls; chaleur à la peau; injection des pommettes; aridité de la langue. (On se croit mieux fondé pour diagnostiquer une phlegmasie des membranes du cerveau.)

14. Toute la nuit, délire bruyant, emporté; nécessité de recourir aux moyens de force; tentatives souvent répétées pour se précipiter hors du lit, courir dans les salles; vociférations continuelles, agitation des membranes; (au matin) point de calme dans le délire; nulle attention prêtée à nos questions, mouvemens désordonnés; face étonnée, pommettes colorées, yeux hagards, hébétés; langue rouge, sèche, soif vive, peau chaude; pouls fréquent, petit, inégal. (L'état d'agitation ne permet pas d'apprécier l'état des autres fonctions.)

(*Quinze sangsues au cou.*)

18. La malade marche; le délire est un peu moins bruyant. La parotide droite se prend, devient très douloureuse; les cris plaintifs sont continuels. (*Cinq sangsues sur la joue, cataplasme émollient.*)

Les jours qui suivent, l'état inflammatoire est considérablement diminué; la malade est assez calme, demande des alimens. La face se déride, prend une expression gaie. Un point de suppuration se forme dans la parotide; une lancette y est plongée; l'organe retourne promptement à son volume primitif.

Depuis plus d'un mois, la veuve Hermanne, guérie de l'affection redoutable qui menaça ses jours, jouit de la santé la plus florissante; sa gaieté est amusante, et elle éclate chaque fois qu'on lui adresse quelque question; cependant ses discours ont peu de suite; les réponses sont vagues, et l'état de la malade a la plus grande analogie avec la démence sénile.

Le 22 février, cette femme fait une chute de sa hauteur; une contusion avec large ecchymose, couvre toute la région temporale du côté droit. La secousse a déterminé une altération profonde dans tout l'individu. Décubitus sur le dos, espèce de stupeur d'abord, bientôt cris aigus, agitation, douleur ressentie dans la tête, dans le bras gauche. Plus de sommeil, refus des choses qui la flattaient le plus, déjections involontaires, odeur infecte.

Le 28, les forces sont singulièrement basses; petitesse et irrégularité du pouls, peau assez froide; langue enfoncée dans la bouche, fuligineuse, sèche et dure; face profondément altérée; plaintes; respiration accélérée; déglutition difficile. Un gonflement de mauvaise nature se porte de nouveau vers la parotide droite, au tissu cellulaire voisin, aux glandes qui se rencontrent sur le trajet des sterno-mastoïdiens. Un léger œdème s'empare des tégumens de cette région. (*Mucil. topiq. émoll. Vésicatoires aux cuisses.*)

Mort.

Ouverture du corps.

Maigreur prononcée; injection remarquable des vaisseaux du cerveau; épaississement des méninges, qui sont rouges, et adhèrent à cette espèce de *coagulum*, qui se laisse ordinairement observer à la suite des arachnitis de longue durée; état sain dans l'ensemble du cerveau, dont les ventricules latéraux contiennent une bonne quantité de sérosité. La cicatrice d'un ancien épanchement, qui a dû être considérable, se laisse observer dans le lobe postérieur du côté droit, en arrière et en bas, vers le point qui correspondrait à l'attache de la faux du cerveau à l'occipital.

A l'ouverture du ventre, plus de deux pintes de pus, couleur lie de vin, s'échappent de l'intervalle qui régnait entre les muscles abdominaux, dont le tissu cellulaire était disséqué; ce liquide était réparti dans une si grande étendue, que nulle part il n'avait occasionné de saillie; estomac contracté; sa couleur est suspecte, et peut-être y a-t-il eu inflammation. L'intestin grêle est relâché, diminué d'épaisseur, de couleur blanchâtre et vide; rien de particulier dans le reste du tube digestif. Les organes respiratoires sont sains; le cœur est épais à gauche; les valvules aortiques offrent des points d'ossification.

Une certaine quantité de pus est répandue dans le tissu même de la parotide; il est *facile de s'en convaincre en pressant sur cet organe; son conduit*

excrétoire verse en quantité le pus dans la bouche. On ne trouve aucune trace de gonflement sur la région du sterno-cléido-mastoïdien, lieu où, du vivant, il était manifeste.

LXVI[e] OBSERVATION (1).

Arachnitis avec suppuration de l'arachnoïde.

La veuve Lemi, aveugle, âgée de 80 ans, bien constituée, forte, et en apparence plus jeune, entra dans les salles de médecine, le 10 août 1820; depuis plusieurs jours, elle gardait le lit, s'obstinait à rester dans son dortoir, maltraitant quiconque lui parlait de se rendre à l'infirmerie.

Le 17 au matin, elle était couchée sur le dos, les bras pendans sur les côtés; l'altération des traits, la pâleur de la face, annonçaient un état grave; la tête, fixe, était par moment douloureuse; état comateux, peau chaude; la bouche est sèche; la langue épaisse, retirée, ne peut être alongée; elle est aride, la gorge est dépourvue de toute humidité, la soif vive; la malade ne rend point compte du goût qu'elle éprouve; elle ne sait si elle a de l'appétit. On ne peut toucher l'épigastre, même par-dessus la couverture, sans provoquer les plus vives douleurs; madame Lemi sort aussitôt de l'espèce de sommeil où elle semblait plongée, pour écarter la main qui la fait souffrir. Elle exprime

(1) Par M. F[lin] Calmeil.

son mécontentement; on peut palper le ventre, sans la fâcher beaucoup. Selles nulles, urines ordinaires. Haleine chaude, respiration légèrement accélérée, point de douleur au poumon; la percussion est exercée; la poitrine résonne sur tous ses points; rien d'extraordinaire dans les mouvemens du cœur; pouls petit, fréquent. (*Vésicatoire, bis; orge, oximel, deux pots.*) L'application des vésicatoires suscite une violente colère; la malade frappe ceux qui la contiennent.

Le 18 août, l'état général persiste; la prostration est plus prononcée; la douleur épigastrique est la même; la langue n'a rien perdu de sa sécheresse; la raison n'est point altérée, on peut obtenir des réponses, mais très obscures. On lève l'appareil des vésicatoires; l'agitation est encore provoquée : on fait entendre à madame Lemi que cela lui sera utile; elle se calme. (*Orge, sauge.*)

Le 19, aucun changement; le pouls n'est peut-être pas tout-à-fait en rapport de petitesse avec la prostration, qui paraît extrême. (On juge que la mimique accoutumée de la malade, entre pour beaucoup dans l'expression morbide qui frappe les assistans.)

Le 23 au matin, pâleur extrême, bouche béante, *face hippocratique*, calme silencieux, respiration un peu sonore; les muscles du thorax, etc., écartent à peine les parois de cette cavité; pouls irrégulier, petit; peau glacée, torpeur (la mort semble prochaine). Une heure plus tard, respiration à peine

possible; la bouche est largement ouverte, pour humer l'air, qui semble ne pouvoir plus s'introduire dans le poumon; le cœur bat avec peine, extrêmement vite; le pouls est comme un frémissement; la face est vultueuse, la peau brûlante; une sueur abondante ruisselle de toutes parts et inonde la malade: (Mort avant quatre heures.)

Ouverture du corps.

Etat sain du poumon et des plèvres; cœur volumineux; épaississement et dilatation des parois du ventricule gauche; ossification aux valvules sigmoïdes et à la crosse de l'aorte; ossification de plusieurs troncs artériels. Rougeur de l'estomac, enduit noir vers le petit cul-de-sac; injection du mésentère; inflammation d'une grande étendue dans l'intestin grêle; la vessie est distendue par une urine verdâtre; état sain des autres viscères. Rien de particulier dans la dure-mère, rougeur livide de la pie-mère et de l'arachnoïde; entre ces deux membranes, sur le cerveau et dans les circonvolutions, existe une couche de pus verdâtre, rassemblé en foyer dans les ventricules et en fausse membrane dans les autres endroits. Le cerveau et le cervelet sont consistans, sains, d'une belle couleur, et ne participent en rien à l'altération de leurs méninges.

On a prétendu que le délire était le signe le plus constant de la méningite, tandis que l'inflammation du cerveau ne le présentait pas; on a cru pouvoir

fonder sur cette différence une distinction exacte de ces deux maladies : c'est une erreur. Le délire n'est pas le résultat nécessaire de l'inflammation de l'arachnoïde ; les deux observations précédentes le prouvent évidemment, et le raisonnement vient encore ici à l'appui de l'expérience ; car enfin, ce n'est pas l'arachnoïde qui pense. Cette membrane peut être lésée sans que l'entendement le soit, puisque l'entendement n'est pas sa fonction. Mais lorsque celui-ci est altéré (ce qui arrive fréquemment dans cette circonstance, ne fût-ce qu'à cause de la proximité), ce ne peut être que sympathiquement, comme cela arrive pour la pleurésie, etc. L'expérience prouve, de plus, que le délire est un symptôme très fréquent de l'altération même de la substance cérébrale, surtout lorsque cette altération est de nature inflammatoire. Nous insistons sur ce point, parce qu'il nous paraît aussi important de détruire une erreur que d'établir une vérité.

Le délire n'est donc pas un signe diagnostique qui puisse servir à établir une différence réelle entre ces deux inflammations ; les meilleurs signes sont ceux dont nous avons parlé, et qui annoncent une lésion générale. Cependant l'intérêt de la vérité, à quoi l'on doit tout sacrifier, oblige de déclarer que dans certains cas, sans doute très rares (nous ne l'avons vu qu'une fois), l'arachnitis donne lieu à des signes d'altération locale du cerveau. Il est possible que l'existence d'une ancienne apoplexie ait tellement affaibli le côté du cerveau qui en a été frappé, qu'une

moindre compression soit alors nécessaire pour rappeler la paralysie; il peut se faire encore que la fausse membrane, résultat d'une inflammation, soit plus prononcée dans un point que dans un autre, etc. Ces circonstances peuvent avoir été la cause des phénomènes décrits dans l'observation suivante.

LXVIIe OBSERVATION (1).

Suppuration de l'arachnoïde.

Marie-Jeanne Duplaquet, veuve Prevost, âgée de 64 ans, rachitique, mère d'un enfant qui mourut à terme, fut bien réglée depuis 18 ans jusqu'à 50; la première éruption menstruelle s'établit difficilement et occasionna de fréquentes indispositions; la disparition de cet écoulement, au contraire, n'entraîna aucun accident. Vers l'âge de 55 ans, elle eut une attaque d'apoplexie qui fut suivie d'une grande faiblesse de la partie gauche du corps, et fut contrainte de s'aider d'une canne dans sa progression. Par l'exercice, les mouvemens redevinrent faciles, et elle put marcher sans appui. Le 16 février 1820, nouvelle attaque d'apoplexie caractérisée par l'hémiplégie parfaite qui commença de la manière suivante : s'étant levée pour uriner, la malade ressentit des douleurs dans la poitrine, fut étourdie, vit trouble, dit-elle,

(1) Recueillie par M. Bourse, élève interne de seconde classe.

et tomba sans perdre connaissance. Le 17, décubitus sur le côté gauche, paralysie de ce côté, peau chaude et humectée, pouls fort et fréquent, respiration douloureuse; la face, qui est recouverte d'une couperose, est violette; la bouche tournée à droite, le pli qui s'étend de l'aile gauche du nez à la commissure des lèvres du même côté, est entièrement effacé. Le contraire a lieu du côté opposé. Depuis la première apoplexie, la pupille droite est du double plus développée que la gauche; la vue est cependant intacte. Mal de tête qui fait dire à la malade qu'on la lui fend. L'intelligence est entière, la parole un peu gênée, la perception des sens peu naturelle. La salive coule involontairement; la bouche est amère, la langue blanche au milieu et rouge vers les bords et vers la pointe, qui est tournée à droite; appétit nul, soif intense, envies de vomir, excrétions involontaires. Traitement : *sauge, chicorée, miel, sulfate de soude, vésicatoire à la nuque.* Le 18, les symptômes ont moins d'intensité, les excrétions ne sont plus involontaires; le bras gauche a un peu de mobilité; la couleur de la face est moins livide, et la parole plus libre. Les douleurs de la poitrine seules ont augmenté du côté droit. Cet état a duré quatre jours. (*Sauge, mélisse édulcorées.*) Le 23, la maladie a pris un très mauvais caractère; la malade est couchée sur le dos; les sphincters sont relâchés; il s'exhale du lit une odeur infecte. La face est très altérée, la bouche écumeuse, les dents sont fuligineuses, la langue est sale et épaisse, l'haleine fétide; l'appétit nul, la soif

intense; des douleurs vives se font ressentir dans la poitrine; le pouls est assez développé et fort; il se manifeste une vésicule gangreneuse sur le dos du pied gauche. (*Même traitement; vésicatoires aux cuisses.*) Le 25, état encore plus désespérant, éruptions de pétéchies sur les jambes : les vésicatoires ont un mauvais aspect. La peau se couvre d'une sueur froide et épaisse; le pouls conserve cependant encore une certaine force depuis le commencement de la maladie jusqu'à la mort, qui arrive le 27 : la raison ne s'est nullement dérangée.

Ouverture du corps.

Thorax. Les cavités thorachiques et les membranes qui les révêtent ne présentent rien de remarquable. Le poumon gauche est entièrement sain : le droit sain dans la partie antérieure et supérieure; mais en arrière et en bas, il est dur à la pression, non crépitant, facile à déchirer, gorgé d'un sang livide, qui lui donne l'aspect du tissu de la rate. Les divisions des bronches qui répondent à cet engorgement étaient enflammées et de la même couleur; la trachée-artère, rose; le cœur développé, quoiqu'il n'y ait pas d'obstacles apparens à la crosse de l'aorte.

Abdomen. Viscères sains; l'estomac et les intestins ne présentent rien à l'extérieur; la membrane muqueuse seule de l'intestin grêle est légèrement enflammée.

Tête. Dure-mère intacte; l'arachnoïde qui tapisse

la face interne de la dure-mère, est recouverte à sa *partie interne* correspondante au coronal et au pariétal droits, et aux deux fosses temporales internes, d'une couche albumineuse et purulente, d'une ligne d'épaisseur en certains endroits, d'une demi-ligne en d'autres. L'arachnoïde qui tapisse le cerveau est intacte. (Il est à noter que cette couche a tous les caractères de celles qui ont leur siége à la surface interne des plèvres.) Les vaisseaux de la pie-mère sont très injectés. Le cerveau est de consistance et de couleur ordinaires. Coupé par tranches minces, on découvre trois ou quatre petites cavités revêtues intérieurement d'un petite membrane. Trois de ces cavités sont vides; elles occupent le centre ovale des hémisphères cérébraux. L'une d'elles est de la grosseur d'un haricot, et renferme une sérosité lactescente. Les ventricules sont distendus par de la sérosité.

Cette observation présente à l'attention deux objets importans, l'*hémiplégie*, et l'absence du délire, ce qui lui donne la plus grande ressemblance avec le ramollissement. Nous venons de dire à quoi l'on doit attribuer l'absence du délire : il nous reste à expliquer comment la paralysie n'était pas générale, ce qui semble d'abord être en contradiction avec les principes que nous avons posés ; mais si l'on fait attention que la couche albumineuse était bien plus prononcée à droite qu'à gauche, tant par son étendue que par son épaisseur, il deviendra probable que l'inflammation a d'abord été bornée à cette partie

qui a été comprimée la première, et d'une manière beaucoup plus forte. Quant à la dilatation de la pupille, elle était la suite d'un ancien épanchement. Cette observation ne détruit donc nullement nos corollaires; seulement le diagnostic, dans des cas semblables, serait infiniment obscur.

LXVIIIe OBSERVATION (1).

Pneumonie latente et méningite.

Marie-Anne Lucien, veuve Lignet, âgée de 79 ans, d'une forte constitution, très bien conservée, et d'un embonpoint remarquable, avait une taille au-dessus de la moyenne. Le 29 novembre 1822, elle est affectée d'une perte totale de connaissance, produite sans cause connue, arrivée très subitement. Le coma est aussi profond que possible; l'insensibilité est à son comble, et la motilité nulle. Des sinapismes appliqués aux jambes ne peuvent dissiper cette torpeur que dans la nuit du 30 novembre; le réveil de la sensibilité amène avec lui un froid suivi de sueur générale.

Cependant le 1er décembre au matin, le souvenir du passé n'existait plus chez la malade; peu capable de former une idée, elle éprouvait une difficulté aussi grande à les émettre; ses réponses lentes à venir, ne consistaient qu'en des monosyllabes : ses pupilles offraient une grande dilatation, mais se contractaient

(1) Par M. Germain.

facilement. Interrogée sur le siége de sa maladie, elle nie souffrir de quelque endroit que ce soit.

On nous apprend que des vomissemens bilieux ont précédé son évanouissement, et cependant la langue n'est que sèche; la soif n'existe point, et il y a absence de tout phénomène gastrique ou intestinal.

La respiration semble naturelle; aucun signe de dyspnée, de douleur, d'expectoration, ne peut faire soupçonner une lésion des organes respiratoires. La percussion indique un son égal; la résonnance des parois, dont l'embonpoint est extrême, n'est point plus faible d'un côté que de l'autre; le pouls est fréquent et dépressible.

D'après les commémoratifs, l'âge du sujet, la durée du coma et des autres symptômes, d'après l'état actuel même de l'intelligence et des mouvemens, enfin prenant en considération l'absence de symptômes vers les autres cavités, on diagnostiqua une forte congestion cérébrale affectant la totalité du cerveau.

Les dérivatifs aux pieds, les lavemens, la diète et l'eau d'orge édulcorée pour boisson, furent les moyens employés. Le cylindre appliqué après la visite m'avait donné pour signe l'absence de la respiration dans une très grande étendue du côté gauche; l'air pénétrait le poumon droit comme dans l'état normal. Cependant, craignant de me tromper, je n'osai pas émettre mon avis à la visite du lendemain.

Le 1er décembre, même état de l'intelligence; mouvemens moins difficiles; colapsus remarquable, traits altérés; pouls fréquent et misérable; langue sèche,

croûteuse; point de soif ni de douleur vers l'épigastre. M. Rostan soupçonne l'existence d'une méningite, et de quelque altération profonde, ancienne, dans la poitrine ou vers l'abdomen, quoiqu'il n'y ait point de signes évidens. Le soir, légère amélioration; sommeil la nuit avec râle très fort.

Le 2, il y a rémission à la suite d'une légère saignée; le facies est plus satisfaisant; le cylindre me confirme dans l'opinion de M. Rostan, qu'il existe une pneumonie latente. Cependant le soir il y a un paroxysme violent; la nuit est très pénible; un sifflement dû au râle trachéal se fait entendre au loin; le colapsus est alarmant; la langue est sèche, rouge; il y a soif vive. Ces symptômes persistent jusqu'à quatre heures après midi, et la malade expire le 3 décembre, après une longue et douloureuse agonie.

Autopsie, soixante-quatre heures après la mort.

Tête. Injection des sinus de la dure-mère; sérosité entre l'arachnoïde et la pie-mère. Vers la partie supérieure et interne du lobe moyen du cerveau, il y écartement des circonvolutions, contenant une grande quantité de liquide séreux. Cet écartement se remarque également dans l'autre hémisphère cérébral et a le même siége. Injection très forte de la substance médullaire du cerveau, remarquable surtout vers les pédoncules quadrijumeaux. La substance grise est un peu rosée.

Poitrine. Le poumon gauche est entièrement hé-

patisé, dur, et contient beaucoup de liquide qui s'écoule à chaque section. Il est peu des parties pénétrées d'air; ce n'est que vers sa racine que l'on voit s'échapper le gaz, et que le parenchyme crépite sous les doigts. Le poumon droit est sain; le cœur, volumineux, a les parois gauches hypertrophiées.

Abdomen. Estomac épaissi, présentant des traces d'une inflammation chronique. Les autres organes de l'abdomen sont sains.

LXIX[e] OBSERVATION (1).

Arachnitis.

La nommée Drouïn, âgée de 77 ans, exerçant la profession de journalière, d'une constitution assez vigoureuse et d'un tempérament bilioso-sanguin, d'un embonpoint maintenant peu marqué, n'a eu, pour toute maladie antécédente, que quelques légers catarrhes bronchiques.

La menstruation n'a jamais souffert le moindre dérangement dans sa durée.

Le 5 ou le 6 janvier 1820 environ, et à la suite d'affection morale, cette femme fut prise de violens maux de tête suivis de délire, qui l'obligèrent à venir plusieurs fois, dans le courant de l'année, réclamer les secours de l'art.

Cet état fut d'abord, je crois, combattu par le

(1) Par M. Bouresche.

quinquina, puis, dans ces derniers temps, par les anti-phlogistiques les plus énergiques employés de temps à autre, tant pour combattre l'état présent que pour en prévenir les rechutes.

L'emploi de ces deux moyens fut constamment suivi d'une amélioration assez marquée dans les symptômes, qui laissèrent toutefois toujours entrevoir dans ce mieux momentané une terminaison mal résolue. La malade n'a jamais perdu connaissance.

Etat actuel, 15 *janvier* 1821.

La face est peu colorée, la peau assez chaude, les yeux sont brillans; l'expression des traits, en un mot, est loin d'être dans l'état naturel.

La malade dit éprouver de violens maux de tête en général, mais surtout à la région sus-orbitaire, et, quoique paraissant bien avoir du délire, puisqu'elle se lève, se promène autour de son lit sans aucun motif et semble le méconnaître et le chercher, répond parfaitement bien à toutes les questions qu'on lui adresse.

La mémoire ainsi que la vue semblent diminuer de jour en jour.

Le sommeil est souvent troublé par des rêves effrayans; elle croit voir, tantôt des fantômes s'approcher près d'elle, tantôt des chiens et beaucoup d'autres animaux qui paraissent vouloir la menacer.

Les mouvemens des membres sont entièrement libres et faciles.

Le pouls est assez fort, fréquent et régulier;

la respiration libre, la bouche amère, la langue peu chargée à sa base, légèrement rouge sur ses bords; la soif très vive, l'appétit peu considérable. Il n'y a ni envies de vomir, ni douleurs abdominales à la pression. Les selles sont rares.

Traitement. Orge édulcorée, lavemens émolliens. Cet état persiste, augmente, diminue, et disparaît quelquefois. Enfin la malade guérit.

LXXe OBSERVATION (1).

Arachnitis.

Constance Grosot, âgé de 53 ans, quoique d'une assez forte constitution, et d'un tempérament sanguin, ne fut réglée qu'à 17 ans, toujours peu abondamment, et d'une manière irrégulière. Sa santé ne fut pas pour cela altérée, et l'on ne peut attribuer à cette cause plusieurs maladies dont elle a été atteinte. Travaillant à polir des caractères de plomb, elle fut trois fois affectée de cette colique, qui a été traitée et guérie par la méthode de la Charité. La menstruation ayant cessé à 42 ans, Grosot éprouva alors une congestion cérébrale, qui disparut sous l'influence de la saignée et des dérivatifs. Mais bientôt des accidens d'un autre genre se manifestèrent; elle fut affectée d'une rétention d'urine, qui reconnaissait pour cause un calcul vésical, pour lequel, à 43 ans, on lui pratiqua l'opération de la taille, laquelle

(1) Par M. Droullin.

ne fut suivie d'aucun accident fâcheux. Depuis quelques années elle a presque perdu la vue. L'œil du côté gauche, offre à la cornée un demi-cercle blanc, qui recouvre presque toute la pupille, et elle assure ne voir que très peu de l'œil du côté droit. A ces maux vient encore se joindre une autre maladie. Depuis un mois elle n'a plus d'appétit; tout ce qu'elle prend lui semble mauvais; malgré cet état, cette femme mangea hier un merlan et des cerises, sans que ces mets lui fussent agréables. Voyant qu'elle ne mangeait pas avec appétit, elle prit une assez grande quantité de vin; ce repas lui causa une forte indigestion, qui a été suivie de vomissemens fréquens; et chose assez remarquable, c'est que les matières rendues étaient bleues; il survint ensuite du frisson, des mouvemens convulsifs dans les muscles, et la malade perdit connaissance. Cet état dura à peu près une demi-heure. Apportée à l'infirmerie, elle eut encore plusieurs vomissemens de même nature que les premiers. A la visite du matin, nous l'avons trouvée dans l'état suivant :

20 juin. Le regard offre quelque chose de particulier, les traits sont altérés, il y a rire sardonique, l'haleine est fétide, la lèvre inférieure tremblante; la malade éprouve pour parler la même difficulté qu'une personne qui a grand froid. La langue est rouge, et ne peut être sortie de la bouche qu'avec une difficulté extrême; il existe un véritable trismus. Les dents offrent à leur collet une teinte bleue, semblable à celle du vomissement; le ventre est

douloureux, surtout dans la région des flancs; il y a constipation. La respiration est accélérée, le pouls petit et fréquent, la peau froide. Le côté gauche de la tête est le siége d'une assez vive douleur; cependant les mouvemens sont libres; il n'existe aucun symptôme d'affection locale du cerveau. (Prescription : *orge, oxymel, sinapismes aux pieds, lavement émollient.*)

21. Hier, pendant la journée, la malade a éprouvé un peu de délire et plusieurs vomissemens, mais ces derniers étaient verts : aujourd'hui la face est jaune, les traits pourtant sont moins altérés, la constriction de la mâchoire moins forte, et la fétidité de l'haleine moins grande. La tête est toujours douloureuse, la langue rouge, et sortie avec beaucoup de difficulté, la bouche n'est pas si amère; le ventre conserve la même sensibilité, quoiqu'il n'existe plus de constipation. La respiration est devenue plus facile; le pouls, en conservant sa fréquence, a repris de la force, et la peau n'est plus froide. (Prescription : *orge, oxymel, lavement émollient.*)

22. Il ne s'est plus manifesté ni vomissemens ni délire, mais la contraction des muscles de la mâchoire inférieure a toujours lieu, ainsi que le mal de tête, auquel se sont joints des bourdonnemens dans l'oreille du côté gauche; la malade est d'ailleurs à peu près dans le même état que les jours précédens. (Prescription : *idem, ajouter un vésicatoire à une jambe.*)

23. Le bourdonnement d'oreille a singulièrement augmenté hier; il a été suivi de la sortie d'une assez

grande quantité de pus par l'oreille; il existe un peu de mal de tête, cependant la malade a bien reposé cette nuit; il n'y a eu ni agitation, ni délire. La face est un peu moins jaune, mais toujours chagrine. On remarque encore cette difficulté à tirer la langue, qui conserve de la rougeur, accompagnée de soif, d'inappétence, et d'une très grande gêne dans la déglutition. Le pouls est un peu plus fréquent et moins concentré. Il existe de la chaleur à la peau; le vésicatoire a bien pris. (*Mêmes boissons.*)

24. L'oreille coule beaucoup, les douleurs de la tête sont moins fortes, les traits sont toujours altérés, la mâchoire resserrée, la langue un peu moins rouge; au reste, même fétidité de l'haleine, et difficulté dans la déglutition. La chaleur de la peau et le pouls sont plus naturels. La pression sur l'épigastre est toujours douloureuse; les urines et les selles sont libres. Le vésicatoire suppure bien. On en prescrit un autre. (*Mêmes boissons.*)

25. Des douleurs se sont fait sentir toute la nuit; la langue est rouge; la bouche rétractée, l'écoulement par l'oreille continue d'avoir lieu; la face est un peu moins chagrine et moins jaune; mais le pouls est petit, concentré, la peau chaude; les vésicatoires suppurent bien; au reste, même état que les jours précédens.

26. Hier, il est survenu des vomissemens de matières bilieuses. Aujourd'hui les traits sont altérés; la contracture des lèvres persiste; l'oreille suppure beaucoup; la langue est rouge, la bouche amère,

pâteuse; il n'y a point appétit; il survient quelquefois des nausées; les selles sont libres, les urines coulent bien; le pouls est petit, concentré, la peau froide, l'inspiration est longue, l'expiration courte; la maladie tend vers une terminaison funeste. (*Même prescription.*)

27. La malade a vomi hier des matières d'un vert foncé. La figure est toujours chagrine; il y a impossibilité de tirer la langue. La contraction de la mâchoire augmente; les yeux sont fixes, la pression sur l'abdomen est toujours douloureuse, surtout à la région du foie. La maladie revêt un caractère très grave. Le pouls est petit, misérable; la peau froide; la respiration difficile. (Prescription : *Un pot de quinquina avec une potion camphrée.*)

28. Les yeux sont fixes, la bouche est béante, la respiration râleuse, pénible, le pouls petit, misérable, la peau froide. La malade est sur le point de succomber. (Prescription : *sécher les vésicatoires des jambes, en appliquer d'autres aux cuisses.*)

Les vésicatoires étaient à peine placés que la malade a cessé de vivre. Il était onze heures du matin. On a remarqué avant sa mort des soubresauts dans les tendons. L'autopsie en a été faite le 30 à neuf heures du matin.

L'extérieur du cadavre n'a offert de particulier que la trace des vésicatoires. La bouche était entr'ouverte, et semblait avoir conservé cet état de contracture qui existait pendant la vie.

Tête. La dure-mère, blanche à sa surface, ren-

formait au-dessous d'elle un peu de sérosité. L'arachnoïde extérieurement paraissait brunâtre, sanguinolente; sa face interne était comme couverte de sang. Le cerveau était plus ferme que dans l'état ordinaire, il était généralement injecté. Les ventricules étaient dilatés, et remplis d'une sérosité roussâtre. Les cellules mastoïdiennes étaient remplies de pus, qui s'était propagé dans toute l'oreille moyenne, même dans le canal demi-circulaire inférieur.

Poitrine. Les poumons étaient fortement adhérens à la plèvre costale; ils offraient une induration qui paraissait être la suite d'une pneumonie ancienne. Le péricarde adhérait aussi au cœur. Celui-ci était volumineux, et présentait des cavités plus larges que dans l'état sain.

Abdomen. L'estomac était couvert d'une matière grisâtre, gluante, adhérant fortement aux parois de ce viscère, qui étaient parsemées de taches un peu brunes, couleur lie de vin. Les gros intestins étaient sains, les petits offraient des traces de phlegmasie. Les autres organes contenus dans cette cavité n'ont présenté aucune altération.

§ IV. *Apoplexie.*

1°. *Apoplexie nerveuse.*

Qu'est-ce qu'une apoplexie *nerveuse, sympathique, sans matière,* une *névrose apoplectiforme,* etc.? J'espère que cet écrit éclaircira singulièrement la question, malgré les efforts que certains auteurs modernes

semblent avoir tentés pour l'embrouiller. On y aura vu pourquoi l'on n'a pas trouvé d'altérations dans les cas où il existait des symptômes apoplectiques. En effet, si l'on remarque, d'une part, que les auteurs qui ont admis et décrit l'apoplexie nerveuse, n'ont fait aucune mention de l'altération dont nous parlons, et que d'autre part, après avoir fait environ quatre mille ouvertures de corps, il ne nous est pas arrivé de rencontrer une apoplexie soi-disant nerveuse, nous serons suffisamment autorisés à révoquer en doute ces prétendues apoplexies, et à penser qu'elles n'ont été, la plupart du temps, que des ramollissemens inaperçus. Je ne sache pas que des conclusions aient été tirées sur une masse de faits plus imposante. Qu'on ne nous oppose pas les autorités de tels ou tels noms : ce sont des faits, des faits seuls, qu'il faut aujourd'hui, et non des autorités. Mais, m'objectera-t-on, comment expliquez-vous la mort subite de quelques individus à la suite d'une violente impression morale? Je n'en sais rien, je n'en ai jamais ouvert, et je ne suis pas sûr que l'on n'ait rien trouvé. Je ne sais pas s'il en existe un fait bien constaté. Je connais les histoires des morts subites par impression morale, depuis celles de Denys le tyran, mort subitement de joie en apprenant sa victoire olympique, jusqu'à cet élève d'une école militaire, mort subitement de peur en croyant voir un revenant. Il n'est pas dit qu'on ait fait les ouvertures de corps de tous ces individus; si les faits sont vrais, il est fort probable que quelque désordre organique leur a donné

lieu. Mais comment expliquez-vous les apoplexies intermittentes de Casimir Médicus? Casimir Médicus a pris les accès d'une fièvre pernicieuse ataxique pour une apoplexie intermittente. Eh bien, expliquez l'accès d'une fièvre pernicieuse ataxique. Bien que nous ne nous soyons pas imposé cette tâche, nous devons dire que les phénomènes de compression générale qui se manifestent dans les accès, annoncent qu'il s'y opère une congestion momentanée qui disparaît avec l'accès, et revient avec lui. Qu'on ne pense pas que c'est pour nous débarrasser d'un parallèle difficile que nous rejetons l'apoplexie nerveuse; car rien n'est plus facile à distinguer du ramollissement, puisque les symptômes de cette prétendue névrose seraient toujours généraux; mais c'est qu'il nous paraît fort utile de purger l'art des préjugés qui l'obstruent.

2°. *Apoplexie sanguine, hémorrhagie cérébrale* (1).

Sous peine de retomber dans le chaos où nous étions plongés, il n'est plus permis aujourd'hui de donner le nom d'apoplexie à une autre altération

---

(1) Ce n'est ni par ignorance, ni par un oubli désobligeant, que nous omettons de citer divers travaux sur l'apoplexie. Mais il est pénible et fort long de citer pour réfuter. Les personnes qui se tiennent au niveau de la science, verront bien en quoi diffèrent nos diverses manières de voir, et justifieront notre silence. Nous nous plaisons à rendre d'ailleurs aux auteurs de ces travaux la justice qui leur est due.

qu'à l'hémorrhagie cérébrale. Cette maladie est, sans contredit, celle de toutes qui offre le plus d'analogie avec le ramollissement, non seulement par ses symptômes, mais encore par sa fréquence. Il est donc nécessaire d'en faire ressortir les différences. Je ne veux pas discuter ici les diverses divisions de l'apoplexie; peu importe qu'on les ait divisées en actives, en passives; en hémorrhagies par rupture, par exhalation; en hémorrhagies artérielles et veineuses, etc.: je ne sais pas si ces distinctions sont bien établies; il paraîtrait que non, à voir le dissentiment des auteurs à ce sujet. Ce qu'on ne peut révoquer en doute, c'est que l'hémorrhagie cérébrale peut être forte, moyenne ou faible, et qu'elle peut affecter des individus de toutes les constitutions. C'est tout ce que l'expérience démontre d'une manière irrécusable.

Si l'hémorrhagie est considérable, le carus le plus complet arrive sur-le-champ, sans signes précurseurs; la paralysie est universelle; il y a résolution des membres, déjections involontaires, paralysie des sens, *sterteur;* le pouls est opprimé; le malade meurt en quelques heures, au plus tard en deux ou trois jours. Le ramollissement n'a jamais cette marche, ni une si courte durée.

Si l'hémorrhagie est petite, circonscrite, il survient de la paralysie dans un membre, la langue est embarrassée, etc.; mais la résolution s'opère bientôt; les symptômes diminuent graduellement d'intensité, la convalescence s'établit. Le ramollissement a une marche inverse.

L'hémorrhagie de moyenne étendue participe de l'une et de l'autre; comme la première, elle arrive tout à coup; elle donne lieu à un coma plus ou moins profond, lequel diminue ordinairement les jours suivans, de même que les symptômes de paralysie, lorsqu'elle doit se terminer par la guérison. Lorsqu'elle se termine par la mort, les symptômes de paralysie et de coma, après avoir diminué ou resté stationnaires, font de nouveaux progrès, et le malade succombe après un temps plus ou moins long. On trouve alors un foyer sanguin plus ou moins résolu, plus ou moins volumineux, plus ou moins foncé en couleur; quelquefois un nouvel épanchement s'est effectué dans le premier, ou auprès de lui: mais, le plus souvent, *le pourtour de l'épanchement est ramolli* d'une manière sensible (*voyez* les complications). Ainsi l'on peut dire que lorsqu'un épanchement a subsisté quelques jours en diminuant d'abord, et *augmentant graduellement ensuite*, il s'est formé un ramollissement autour du foyer, et reconnaître d'avance cette altération.

Le coma est le dernier symptôme du ramollissement, c'est le premier de l'apoplexie; les accidens vont en diminuant dans celle-ci, dans l'autre ils ont une marche inverse. Lorsqu'ils vont en augmentant dans l'apoplexie, elle coexiste avec ce ramollissement. Ce phénomène est facile à expliquer. Le foyer sanguin est un véritable corps étranger autour duquel la nature développe un travail inflammatoire. Cette marche de la nature est d'une application générale.

Si sa résorption ne s'opère pas, ce travail inflammatoire fait des progrès, les signes qui l'annoncent se manifestent, et le malade succombe.

Il arrive quelquefois que l'hémorrhagie cérébrale a été précédée des signes du ramollissement; mais alors celui-ci a précédé l'hémorrhagie. C'est ce que démontrent les ouvertures de corps. M. Rochoux avait déjà établi que l'hémorrhagie cérébrale survenait toujours sans prodromes. Les ouvertures confirment cette observation, quoi qu'on ait prétendu depuis; lorsque les prodromes existent, ils appartiennent à une autre altération.

Ainsi on ne peut confondre l'hémorrhagie considérable, ni l'hémorrhagie faible, avec le ramollissement. L'hémorrhagie moyenne, se terminant par la mort, sera plus embarrassante, mais elle est ordinairement jointe au ramollissement, qui lui succède : ce ne sera donc qu'une demi-erreur, qu'on pourra même éviter en faisant attention à l'invasion. Lorsque celle-ci aura été graduelle, on pourra aussi affirmer que s'il y a épanchement, il coexiste avec un ramollissement précurseur. On doit donc reconnaître un ramollissement primitif et un ramollissement consécutif.

Nous pourrions donner à ce parallèle beaucoup d'étendue en mettant en comparaison tous les symptômes les uns avec les autres. Nous pensons qu'il est suffisant d'indiquer les principaux traits; le lecteur suppléera sans peine aux traits secondaires que nous négligeons : cependant pour faire ressortir autant que possible la marche de ces deux maladies, nous

joignons ici quelques observations d'apoplexie qui montrent cette maladie dans ses divers degrés. Il sera facile de les rapprocher de la description du ramollissement dans son état simple et régulier.

LXXI[e] OBSERVATION (1).

Epanchement considérable de sang dans la substance du cerveau.

La nommée Noël Pâtère, âgée de 87 ans, sans état connu, d'une constitution peu vigoureuse, n'a pu donner aucun renseignement sur son état antérieur, étant entièrement privée de l'usage de ses sens.

D'après le rapport des personnes qui l'entouraient journellement, il paraît que cette femme, qui allait et venait sans aucune difficulté, ne s'étant jamais plainte d'aucune douleur, perdit subitement connaissance après son souper, le 16 octobre, et resta d'abord paralysée du côté droit.

De nouveaux accidens ne tardèrent pas à se manifester, et la malade entra, le lendemain 17, à l'infirmerie, dans l'état de carus le plus prononcé. La face était peu colorée, la bouche entr'ouverte, écumeuse ; les mâchoires contractées, les paupières baissées et les pupilles tout-à-fait immobiles, ainsi que les bras et les jambes; la peau était chaude.

Le pouls était peu développé, fréquent et irrégu-

(1) Par M. Bouresche.

lier, la respiration râleuse et accélérée, la toux et les crachats nuls. Le ventre ne paraissait aucunement douloureux. (Traitement : *deux larges vésicatoires aux cuisses, tisane et lavement purgatifs.*)

La mort est survenue le même jour.

Ouverture du corps, le 18 *au matin.*

Tête. L'arachnoïde et l'extérieur du cerveau étaient fort injectés. Les circonvolutions de cet organe étaient presque totalement effacées. On coupa avec précaution le cerveau par tranches, et quand on fut arrivé au ventricule gauche, on y trouva un épanchement considérable de sang noir coagulé ; les parois de cette cavité, le corps strié, les couches optiques et tous les objets qui s'y rencontrent, étaient désorganisés ; le corps calleux participait également à ce désordre général. Le cervelet, malgré cela, conservait son état naturel.

Thorax. La plèvre costale adhérait à la plèvre pulmonaire dans plusieurs endroits. Les poumons et le cœur étaient sains.

Abdomen. L'estomac, les petits et les gros intestins, ainsi que les autres organes contenus dans l'abdomen ne présentaient rien de remarquable.

LXXIIe OBSERVATION (1).

Hémorrhagie cérébrale, avec résolution des membres, mais affectant surtout le côté gauche, qui est entièrement paralysé.

La femme Reval, âgée de 65 ans, se portant ordinairement très bien, est d'une constitution pléthorique; les membres sont développés, les cavités sont amples, le cou épais et court; sa taille est de quatre pieds dix pouces; sa chevelure tire sur le châtain; la face est prononcée, la tête d'un bon volume; cette femme suit un régime sévère et frugal. Elle se livrait à des occupations toujours actives; elle balayait, elle fatiguait autant que possible dans le dortoir; douée d'une grande énergie dans l'appareil gastrique; elle mangeait beaucoup de pain, buvait de l'eau, et quelquefois mangeait des pommes de terre; tel était l'état de cette personne, qui paraissait jouir d'une santé parfaite, lorsqu'il y a huit jours, elle fut prise d'une courbature, d'une lassitude dans les membres, qui ne se dissipa nullement par le repos de la nuit. Cette fatigue augmenta beaucoup vendredi, après avoir balayé toute la journée; samedi 23 mars, à deux heures de la nuit, et après avoir mangé le soir une grande quantité de pain, elle est prise de besoin d'aller à la garde-robe; elle y va, quoique très mal à son aise,

(1) Par M. Germain.

revient, fait effort pour monter sur son lit, perd connaissance, et reste à moitié couchée, dans un état d'immobilité complète; nulle parole, nul soupir ne lui échappe, comme si l'engourdissement des organes qui président à ces fonctions, eussent précédé le raptus violent qui eut lieu vers l'encéphale peu de temps après. On la trouve dans l'immobilité indiquée; on la place sur son lit; c'est en vain qu'on cherche à réveiller sa sensibilité par des excitans; étrangère à tout ce qui l'entoure, elle ne vit plus que passivement, que par la vie organique : cependant, elle rend par régurgitation le pain qu'elle avait mangé le soir, et c'est en cette affligeante situation que le dimanche on la porta dans une des salles d'infirmerie. Nulle amélioration ne survient, et nous observons les symptômes suivans :

Décubitus sur le dos, immobilité, affaissement; tête renversée en arrière, cavités larges, embonpoint considérable, membres forts, face développée, terreuse, chaleur du front, de la tête et du cou; pupilles se dilatant et se resserrant en même temps des deux côtés; mouvemens simultanés des yeux, se dirigeant de l'angle externe de l'œil vers l'interne; paupières noirâtres, insensibilité de l'ouïe, abolition de toute fonction intellectuelle; bouche béante, immobile, langue très sèche, insensibilité de l'épigastre; abdomen gonflé, tendu, dur; selles nulles, battemens tumultueux, rapides vers la région du cœur; pouls des membres, petit, fréquent, serré, pulsations développées des carotides, unies à une grande

fréquence; froid, respiration grande, rare et uniforme; extrémités froides, chaleur élevée du cou et de la tête; résolution de tous les membres, paralysie plus forte à droite qu'à gauche; le bras de ce côté exécute plus de mouvemens lorsqu'on pince le droit, qu'en le serrant lui-même fortement.

Quelle peut être la maladie? Ce n'est point un ramollissement; aucun signe précurseur à lui propre ne l'annonce; ce n'est point non plus une simple congestion ni épanchement au premier et au second degré, occupant un hémisphère du cerveau; le coma et la paralysie des membres sont trop profonds. D'ailleurs, ces phénomènes sont remarqués sur toute l'économie; ce ne peut donc être qu'un vaste épanchement, un épanchement du troisième degré, qui a eu lieu dans l'hémisphère du cerveau, comprimant l'hémisphère gauche du côté opposé, ou bien un épanchement du quatrième degré, ayant lieu dans la protubérance annulaire; une telle apoplexie n'offrait aucun espoir, et la mort était inévitable; aussi, le 25 mars, à onze heures du matin, la malade exhala le dernier soupir.

Autopsie faite le 28 mars, à neuf heures et demie.

Rien de particulier vers l'extérieur; seulement le membre droit était plus contracté que le gauche; les doigts étaient aussi dans une forte flexion; les pupilles étaient dilatées, la bouche béante, et l'abdomen peu saillant. L'incision du cuir chevelu a donné peu de sang; les parois osseuses du crâne ont beaucoup résisté, et sont en effet épaisses et très denses;

les sinus et la dure-mère sont moins gorgés de sang que dans l'observation qui précède; les circonvolutions cérébrales sont aplaties, refoulées, et offrent une saillie presque nulle. Dans le deuxième hémisphère, on rencontre un reste d'épanchement; la dure-mère incisée, on voit une saillie formée à la partie postérieure et gauche du lobe extérieur. Le bistouri enfoncé, met à découvert d'énormes caillots de sang; la quantité peut en être évaluée à 5 onces; le cerveau est détruit; mais beaucoup moins qu'on ne le trouve quelquefois dans des cas analogues. Si l'on va à la source de l'épanchement, on le voit naître d'une infinité de vaisseaux rompus dans la partie postérieure de la couche optique.

Cet épanchement a fait irruption dans le ventricule latéral gauche, et le remplit; mais il faut ici faire attention qu'il y avait une grande quantité de sang presque égale à la grosseur d'un petit œuf de poule contenu dans le lieu même de l'épanchement, qui avait surtout fait irruption au-dehors du cerveau sous la dure-mère; il faut même dire qu'il n'est pas bien certain que l'épanchement ait commencé plutôt dans la couche optique que dans la substance blanche du cerveau, à très peu de distance de la grise. Le ventricule droit n'offrait rien de remarquable, ainsi que tout l'hémisphère du même côté; le cervelet était infiltré auprès de l'épanchement; mais la quantité de sang contenue dans les membranes, et infiltrée, était moins abondante, plus consistante que celle de l'observation ci-après.

La poitrine ouverte, a offert des poumons crépitans, moins rouges, adhérens à la plèvre par un tissu cellulaire bien organisé, d'une consistance fibreuse, et simulant en quelque sorte, en détruisant l'adhérence, des filets nerveux.

L'abdomen ouvert, on trouve l'extérieur des organes digestifs blancs comme dans l'état naturel; l'intérieur de l'estomac est recouvert d'un enduit fongueux abondant, laissant entrevoir la rougeur des parois de la muqueuse; rougeur surtout prononcée vers le cardia; les intestins grêles sont dans l'état ordinaire; un liquide visqueux, jaunâtre, enduit leur membrane interne; le foie est aplati, d'avant en arrière, et présente dans sa partie supérieure gauche un kyste séro-fibreux, adhérent d'une part à la voûte du diaphragme, et de l'autre ayant déprimé la partie supérieure du grand lobe, cette dépression, qui dépasse la largeur d'une pièce de six francs, est tapissée dans son pourtour par la substance du foie, unie à la membrane fibreuse; de sorte que le foie finit, à la hauteur d'un demi-pouce et plus, par se confondre avec la tunique du kyste. Une fois ouvert, il en sort une sérosité légèrement jaune, d'un volume équivalent à 3 ou 4 onces; quant à l'épaisseur de la tunique fibreuse, elle peut être d'une demi-ligne; sa consistance est très grande dans les endroits où elle adhère, surtout vers le foie; elle est longée par un grand nombre de petits vaisseaux, qui semblent lui être un moyen d'union avec le parenchyme sous-jacent.

L'ouverture de la poitrine offre des poumons sains, crépitans, seulement infiltrés dans leur partie postérieure d'un sang noir; le cœur, peu volumineux, a des cavités droites dans une proportion naturelle; le ventricule gauche est hypertrophié de manière à avoir un pouce au moins d'épaisseur; sa cavité est rétrécie au point de permettre difficilement l'introduction du doigt indicateur; l'orifice ventriculo-aortique est un peu rétréci, et se trouve dans un état d'ossification; la courbure de l'aorte offre une plaque osseuse large de six lignes, et se terminant supérieurement par un demi-cercle osseux, et faisant une saillie remarquable dans l'intérieur de cette artère.

LXXIIIe OBSERVATION (1).

Epanchement de sang dans le cerveau, ayant déterminé l'apoplexie du troisième degré.

Marie-Jeanne-Sébastienne Deligny, veuve Perpezin, âgée de 66 ans, d'une forte constitution et d'un embonpoint prodigieux, jouissait d'une bonne santé, du moins depuis son séjour à la Salpêtrière, lorsque dimanche, 22 octobre, après son déjeuné, et sur le point de s'habiller, elle se trouve mal, sans perdre connaissance; elle continue son occupation, malgré ce malaise croissant; mais elle tombe bientôt sur le sourcil gauche, perd connaissance, et vo-

(1) Par M. Germain.

mit spontanément sa soupe; on la relève; mais son assoupissement est profond, sa tête est tombante; les membres ne peuvent exécuter de mouvemens. On la porte à l'infirmerie, où elle rend par régurgitation une nouvelle quantité de soupe; sa respiration est stertoreuse et grande; la tête est penchée sur l'épaule droite; les pupilles jouissent de la mobilité; les membres sont sensibles aux pincemens, et l'intelligence est abolie. Le membre gauche est cependant moins sensible que le droit; la partie supérieure externe de l'arcade orbitaire gauche est couverte d'une tumeur sanguine, noire, de la grosseur d'un œuf; les paupières gauches sont infiltrées et noires; le pouls est lent et fort. Au reste, les autres appareils ne présentent aucun phénomène appréciable. Les sinapismes sont appliqués; une boisson laxative produit plusieurs selles; mais le coma persiste, et la malade meurt le 23 novembre à quatre heures du matin.

Autopsie, vingt-quatre heures après la mort.

L'extérieur du corps, à l'exception de la région frontale, n'offre rien de remarquable; le coronal du côté gauche est recouvert par la bosse sanguine indiquée; sa base est très étendue et se prolonge sur le cuir chevelu; les paupières du même côté sont infiltrées de manière à former deux bourrelets; la tumeur incisée contient un caillot très épais de sang, pouvant égaler la quantité de ce liquide contenu dans

une poëlette. Cet épanchement a lieu entre le péricrâne et la peau; le crâne est épais, mou, et son dyploé a beaucoup d'épaisseur; il y a une forte injection de la dure-mère, et à droite, les circonvolutions qui lui correspondent sont aplaties, surtout dans la partie supérieure moyenne et postérieure de l'hémisphère droit du même côté.

Arrivé dans le ventricule latéral droit, le scalpel met à découvert un énorme caillot de sang, qui en remplit la capacité. En dehors du ventricule, le cerveau est diffluent et réduit en bouillie; en sorte que les circonvolutions ne sont plus marquées, sans cependant avoir perdu leur pli; l'épanchement semble avoir fait irruption en partant du corps strié situé au côté externe de la couche optique, non-seulement dans la substance cérébrale, mais encore dans le ventricule droit, de celui-ci dans le gauche, qui contient un sang noir, mais fluide; de là, au moyen de la valvule de *Vieussens* dans le quatrième ventricule qui renferme un peu de sang caillé; les autres cavités n'offraient rien de particulier.

LXXIVe OBSERVATION (1).

Epanchement sanguin dans le cerveau au 2e degré.

Marie Denisot, âgée de 58 ans, d'une constitution forte, d'un naturel indolent, est entrée à la Salpê-

(1) Par M. Foville.

trière il y a douze ans, pour y être traitée d'une aliénation mentale. Guérie de sa folie, après un an de séjour aux loges, elle fut placée dans la division des Incurables.

A l'époque où des militaires affectés de typhus furent envoyés dans la maison, elle fut employée à leur service, et contracta la maladie qui régnait parmi eux.

Cette femme a été réglée sans difficulté, a été mariée, et a eu cinq couches heureuses. A l'époque critique, son moral s'est affecté; elle est devenue mélancolique, et a toujours conservé, depuis, cette fâcheuse disposition. Le 14 du mois d'octobre 1822, elle fut prise d'étourdissemens, perdit connaissance, et fut transportée à l'infirmerie, où les symptômes suivans furent observés : Paralysie complète du bras gauche, trouble dans les mouvemens de la jambe du même côté, mobilité peu prononcée des pupilles, impossibilité de parler, signes peu distincts de connaissance; pouls dur, développé. Ces symptômes survenus sans aucun signe précurseur, firent penser à l'élève de garde, qu'il existait un épanchement sanguin dans le cerveau; l'état du pouls, les forces générales, l'engagèrent à pratiquer une saignée du bras; il prescrivit, en outre, une boisson laxative, un lavement purgatif.

Le lendemain, à la visite, un nouvel examen fut fait, et indépendamment des symptômes observés la veille, on remarqua que la malade se grattait presque incessamment le côté droit de la tête avec la main

restée libre. Quelques grimaces accompagnaient cette action, et semblaient dire qu'elle était provoquée par une sensation douloureuse. La connaissance étant revenue, la malade fit quelques réponses très justes aux questions qu'on lui adressa. Elle ne pouvait sortir complètement la langue de la bouche; il y avait quelque mobilité dans les pupilles; la jambe gauche était agitée de mouvemens convulsifs, le pouls conservait de la dureté, de la fréquence, la tête était chaude. Vingt sangsues furent appliquées au cou, des compresses froides, de la glace pilée sur la tête, des cataplasmes chauds mis aux pieds; on donna pour boisson l'eau sucrée.

Le 17, mieux apparent pendant le jour; le soir, accès fébrile; dans la nuit, délire; les applications réfrigérantes sur la tête sont continuées.

Le 18, faiblesse du pouls; excoriation au sacrum, décoction de kina.

Le 19, état plus fâcheux que la veille, délire pendant le jour, peine extrême pour balbutier quelques mots.

Le 20, abattement extrême dans le jour; mort la nuit.

Ouverture du cadavre.

Rien de remarquable ne fut observé dans le crâne, ni dans les meninges.

La substance corticale du cerveau présentait dans plusieurs endroits, surtout en avant, une coloration rougeâtre.

La partie postérieure de l'hémisphère droit était le siége d'un épanchement considérable, situé en dehors et au-dessus de la couche optique; les parties voisines du cerveau, surtout en avant, présentaient une coloration rougeâtre inégale, et une densité plus grande que dans l'état naturel; la substance grise du cervelet était rougeâtre, les poumons étaient engoués, le cœur volumineux; l'estomac et les intestins n'offraient rien de remarquable.

LXXVe OBSERVATION (1).

Apoplexie.

Une femme plus que septuagénaire, mariée, et ayant des enfans, d'une forte constitution, habituée aux boissons alcooliques, est apportée à l'infirmerie dans la matinée du 23 octobre. Elle a entièrement perdu connaissance; sa figure est injectée, ses yeux fermés : cependant l'écartement des paupières laisse voir que les pupilles sont mobiles; sa bouche est fermée, et ses lèvres sont couvertes d'une couche épaisse d'une espèce d'écume. La respiration est bruyante, stertoreuse et fréquente; les joues se gonflent à chaque expiration : après quelques respirations ordinaires, il y en a une beaucoup plus longue.

Le pouls est fréquent et assez dur, la peau chaude et couverte d'une sueur visqueuse; l'abdomen est

---

(1) Par M. Delaye.

douloureux à la pression ; les membres sont engourdis et immobiles, à moins qu'on ne les excite ; alors ils se contractent.

Les informations que j'ai prises auprès des personnes qui l'avaient vue avant son accident, m'ont appris que la veille elle avait bu, qu'elle paraissait se bien porter, qu'elle avait passé une bonne nuit, enfin, qu'aucun symptôme n'avait précédé son attaque, qui a eu lieu subitement à six heures et demie du matin : on la transporta de suite à l'infirmerie, où elle fut vue à la visite dans l'état que j'ai indiqué. L'estomac se contractait fortement pour expulser ce qu'il contenait ; des mucosités remplissaient la bouche, la malade n'ayant pas la force de les expulser. (Prescription : *orge, émétique, ij grains ; lavement purgatif ; saignée, qui n'ayant pas pu être pratiquée, fut remplacée par l'application de quatorze sangsues au cou ; sinapismes.*)

Le second jour, tous les symptômes augmentent d'intensité, et la mort arrive la nuit suivante.

Ouverture du corps.

L'état général n'offre rien de particulier.

Tête. Les vaisseaux sanguins sont distendus ; le cerveau a une couleur rosée assez remarquable ; les ventricules sont énormément distendus par un épanchement de sang ayant son origine dans le corps strié du côté droit. Cette partie du cerveau est déchirée et contient un caillot de sang de la grosseur d'un

œuf de poule; le sang épanché dans les ventricules est fluide : la totalité du sang pourrait remplir un grand verre.

Poitrine. Rien.

Abdomen. L'estomac était légèrement rouge; le reste du canal digestif, ainsi que les autres viscères, paraissent sains.

LXXVIe OBSERVATION (1).

Apoplexie guérie en huit jours. Epanchement de sang d'abord au premier degré, étant devenu ensuite plus considérable (au deuxième degré).

Marie-Jeanne Coste, veuve Potier, âgé de 68 ans, d'une stature moyenne, bien constituée, présente les caractères d'un tempérament biloso-sanguin; elle a les cheveux noirs, la peau brune, les membres forts et les cavités larges. Réglée pour la première fois à 17 ans, elle a cessé de l'être à 48, sans aucun résultat fâcheux. D'un caractère gai, elle jouit habituellement d'un grand appétit et de la santé la plus florissante. Tel était l'état de cette personne, lorsque samedi soir (20 juillet 1822), après avoir soupé, elle est prise tout à coup d'un étourdissement, et perd presque connaissance. La langue s'embarrasse, et ne lui permet plus de parler. Ces symptômes persistant toute la nuit et toute la journée du diman-

(1) Par M. Droullin.

che (21), on la conduit à l'infirmerie; le chirurgien de garde fait appliquer des sangsues au cou, des sinapismes aux pieds, et prescrit un lavement purgatif.

22. Pendant la journée du 21 au 22, il survint de nouveaux accidens. La malade perd connaissance, et l'usage du bras droit; la jambe peut encore exécuter quelques légers mouvemens. Potier n'entend plus ce qu'on lui dit; elle est dans un coma profond; la face n'est pas très colorée; mais la chaleur des tempes est brûlante, tandis que celle des bras n'est qu'ordinaire; les pupilles sont à peu près d'égale grandeur, et paraissent contractiles; la bouche est déviée à gauche, la langue ne peut être sortie; le pouls est fort et fréquent, la respiration stertoreuse, le ventre ne semble pas douloureux; il y a constipation; les urines coulent facilement. (Prescription : *lavement purgatif avec séné, chicorée miellée, sinapismes aux pieds, saignée de* 3 *palettes.*)

23. On n'a pu tirer qu'une palette de sang; la face est pourtant un peu moins altérée; les pupilles sont contractiles; mais la paralysie occupe aujourd'hui tout le côté droit; la respiration est râlante, le pouls fort et fréquent, la peau chaude; il existe toujours un état comateux très prononcé; la pression sur l'abdomen ne cause aucun signe de douleur; la constipation n'a pas cessé. (Prescription : *nouvelle saignée,* ou *application de* 25 *sangsues au cou, un lavement purgatif, même boisson.*)

24. La saignée ayant été très peu forte, on a ap-

pliqué 25 sangsues. Aujourd'hui, la malade est beaucoup mieux ; elle entend très bien ce qu'on lui dit ; elle se met sur son séant, et témoigne l'impatience où elle est de ne pouvoir parler, et fait de vains efforts pour articuler des sons ; le bras exécute de légers mouvemens ; mais la jambe ne remue presque pas ; la langue peut être sortie, elle est sèche et couverte d'un enduit brun, sans beaucoup de soif et sans douleur à la région épigastrique ; la constipation persiste toujours ; la respiration n'est plus râlante ; seulement il existe un peu de toux. (Prescription : *lavement purgatif, chicorée miellée.*)

25. Le mieux continue ; la malade va à la garde-robe ; elle a même un peu de dévoiement ; elle s'assied facilement dans son lit ; les mouvemens du bras reviennent ; ceux de la jambe sont un peu plus faciles ; elle commence à prononcer quelques mots, entend et voit très bien ; la bouche est un peu déviée, la langue sale, sèche et fendillée ; le ventre n'est pas sensible, la respiration est libre ; le pouls petit et fréquent. (Prescription : *chicorée miellée.*)

26. Elle est beaucoup mieux ; l'intelligence est très nette ; elle répond aux questions qu'on lui adresse, mais par des paroles mal articulées ; le bras peut être porté à la tête ; la jambe se meut bien ; la bouche n'est plus déviée, la langue est sale, sans être ni sèche ni crevassée, le ventre n'est point douloureux, le dévoiement a cessé, la respiration et le pouls sont revenus à l'état physiologique. (*Même prescription.*)

27. Aujourd'hui, elle peut se lever, marcher, porter son bras à sa tête; il ne lui reste plus qu'un peu de faiblesse et une grande difficulté à parler; la langue se nettoie, le ventre est libre, indolent, la respiration et le pouls réguliers. (Prescription : *idem.*)

28. La malade continue de se lever; elle marche et se sert de son bras; mais il lui reste toujours une assez grande difficulté dans la prononciation. (Prescription : *idem.*)

29. Elle s'exprime un peu plus clairement; nulle douleur vers la tête ni vers les autres cavités; le pouls est fort, développé; la malade n'a pas été à la garde-robe depuis deux jours. (Prescription : *lavement émollient, même boisson.*)

30. La malade continue d'aller de mieux en mieux.

1er août. La difficulté à parler diminue.

2. Elle dort, mange et se porte très bien.

11. Potier travaille depuis deux jours; mais elle se plaint d'éprouver des fourmillemens, des engourdissemens dans le bras; elle ne présente d'ailleurs aucun autre symptôme qui puisse donner de l'inquiétude.

20. La prononciation est maintenant aussi facile qu'avant l'accident. Cette femme brode et se sert de tous ses membres, comme si elle n'avait jamais éprouvé aucune paralysie.

LXXVIIe OBSERVATION (1).

Hémorrhagie cérébrale au deuxième degré.

Octavien, veuve Vinceneaux, ouvrière en linge, âgée de 75 ans, douée d'une forte constitution, d'une stature élevée, d'un tempérament lymphatico-sanguin, présentant des cavités larges et des traits fortement prononcés, n'a jamais éprouvé d'autres maladies dans sa jeunesse qu'une ascite qui survint après son premier accouchement, et qui se termina en deux mois d'une manière heureuse. Trois fois ensuite elle accoucha sans aucun accident semblable. Quoique d'un âge déjà avancé, elle avait toujours joui de la santé la plus florissante, jusqu'à l'année dernière, époque à laquelle elle fut affectée d'une congestion cérébrale, qui se dissipa en très peu de jours, par les soins de M. Rostan, et la santé de cette femme ne fut pas sensiblement altérée, lorsque vendredi (24 mai 1822), après avoir fait son ménage, elle se rendit à l'église pour y entendre la messe, pendant laquelle elle tomba tout à coup sans connaissance, et fut apportée à l'infirmerie dans cet état. Examinée à la visite du matin, voici ce que nous remarquons.

La malade est couchée sur le dos; la face est pâle, la bouche déviée à gauche; il y a strabisme de

(1) Par M Droullin.

l'œil droit, avec paralysie de la paupière supérieure; la pupille de ce côté, quoique très peu dilatée, l'est cependant plus que la gauche; toutes deux jouissent de leur mobilité; mais il existe hémiplégie du côté droit. Octavien n'entend aucune question; elle est dans un coma profond; la respiration est sonore, le pouls fort et fréquent, la pression sur l'abdomen ne cause aucun signe de douleur. (Prescription : *saignée de deux palettes, sinapismes aux pieds, orge miellée, crême de tartre.*)

25. La saignée a été pratiquée et les sinapismes appliqués. Aujourd'hui, la face est rouge, le prolapsus de la paupière plus considérable, et le strabisme fortement prononcé; la bouche est entr'ouverte, et à peu près dans le même état qu'hier. Il en est de même pour la respiration; le pouls est fort, fréquent, et la peau chaude. (Prescription : *quinze sangsues au cou, même boisson.*)

26. Les sangsues ont bien pris, et leurs piqûres ont beaucoup saigné. La malade entend ce qu'on lui dit; la face n'est pas aussi rouge, les yeux sont un peu moins convergens, la bouche est toujours déviée à gauche, et la langue, en sortant, se porte à droite; la peau n'est pas aussi chaude, et le pouls est plus naturel; les urines coulent facilement; mais il y a constipation. (Prescription : *vésicatoires aux jambes, même boisson.*)

27. La figure est plus naturelle, moins abattue, et le prolapsus de la paupière un peu moins prononcé. La malade répond quand on lui demande comment

elle va; la respiration est plus facile. (Prescription : *idem.*)

28. La malade est mieux, la figure meilleure, les yeux moins fermés; le droit est toujours convergent; la paupière se relève un peu, la langue, en sortant, continue à se dévier à droite; la respiration et le pouls sont maintenant dans l'état physiologique; mais il est survenu un escharre au sacrum. (Prescription : *idem.*)

29. Malgré l'amélioration qui a lieu, les membres paralysés n'ont cependant recouvré aucuns mouvemens, et la constipation persiste. (Prescription : *chicorée miellée avec sirop de nerprun, lavement avec sulfate de soude.*)

30. Le lavement et les tisanes laxatives n'ont produit aucun effet; la constipation persiste, et l'escharre fait des progrès; la face est devenue pâle, la voix moins forte, et il est survenu un assoupissement presque continuel; le pouls et la respiration ne présentent rien de particulier. (*Même prescription.*)

31. La malade a été abondamment à la garderobe; elle paraît un peu soulagée; sa voix est plus forte, et il existe moins de tendance au sommeil. (Prescription : *supprimer les laxatifs.*)

1er et 2 juin. L'escharre est tombée; il existe une plaie au sacrum, qui est continuellement irritée par les urines, que la malade ne peut retenir; le strabisme est un peu moins prononcé. (Prescription : *changer les vésicatoires de place.*)

3. Les vésicatoires ont été mis aux cuisses et ont bien pris; même état, au reste.

4 et 5. Depuis cinq jours, la constipation a recommencé; les lavemens ne sont pris qu'avec la plus grande difficulté; cependant, on essaiera d'en donner un laxatif. (*Même boisson, lavement laxatif.*)

6. Il est survenu hier une congestion cérébrale; la face est rouge, les traits sont altérés, la malade est dans un assoupissement continuel, accompagné de ronflement; l'abattement est plus prononcé, la bouche est béante, la langue rouge, sèche et crevassée; la respiration est altérée, le pouls fort et fréquent; la constipation a cessé. (Prescription : *dix sangsues au cou.*)

7. Les sangsues ont peu saigné; la face est cependant un peu moins rouge et le pouls moins fréquent; le sommeil est accompagné de ronflement.

8. La face est pâle; les yeux sont à moitié fermés, les pupilles très contractées, la bouche est ouverte et toujours déviée; la malade ne peut plus sortir sa langue, qui paraît sèche et couverte d'un enduit brunâtre; l'état de somnolence continue; le ronflement persiste, et il a même lieu dans le moment où la malade semble faire attention à ce qu'on lui dit; la température du corps est au-dessous de la chaleur naturelle; le pouls petit et moins fréquent que les jours précédens.

9. Le même état a continué hier pendant la journée; Octavien s'est affaiblie peu à peu, et a cessé de vivre à sept heures du soir.

La chaleur est à 25 degrés. Le 10 juin, l'autopsie en a été faite à huit heures du matin.

Extérieur du cadavre. La face présente, du côté droit, un état violacé, qui paraît dû à la stase du sang, résultat de la position du cadavre sur ce côté. La bouche est restée entr'ouverte, comme elle l'était pendant la vie; l'œil qui présentait le strabisme, est entièrement recouvert par les paupières paralysées, tandis que celui du côté opposé est resté ouvert comme dans les derniers momens que la malade a vécu. La plaie du sacrum est superficielle, mais large comme la paume de la main.

Le crâne est intimement uni à la dure-mère, dont il est détaché avec peine. Cette membrane est pâle et non injectée; il existe un peu de sérosité entre elle et l'arachnoïde; celle-ci offre un aspect gélatiniforme. Enlevée avec soin, on voit les circonvolutions intactes, et nullement déprimées. En incisant le cerveau couche par couche, l'on remarque du côté gauche, à mesure qu'on approche du ventricule, des petits points brunâtres, qui rendent la substance comme marbrée. Le ventricule ouvert, on voit s'écouler de la sérosité roussâtre; on pénètre dans le corps strié, et l'on trouve l'épanchement tel que M. Rostan l'avait annoncé avant l'ouverture. Cet épanchement est déjà en partie résorbé, et offre un aspect brunâtre au milieu, qui diminue ensuite pour présenter une teinte jaunâtre, qui se confond bientôt avec la couleur du cerveau. Cet état est évidemment dû au travail local qui a eu lieu autour de

l'épanchement. Au reste, le cerveau n'offre rien de remarquable.

Poitrine. Les poumons sont très sains; on remarque seulement quelques faibles adhérences qui unissent la plèvre au poumon droit Le cœur est dans des proportions naturelles, et les gros vaisseaux ne présentent aucune trace de lésion.

Abdomen. L'estomac et les intestins ouverts dans toute leur longueur, n'ont offert aucune trace de phlegmasie; le foie et la rate sont un peu plus mous que dans l'état ordinaire: La vésicule biliaire contient au moins cent calculs très petits; cependant, le canal cholédoque est libre. La vessie et les reins ne présentent rien de particulier; il en est de même pour les autres organes contenus dans cette cavité.

LXXVIII[e] OBSERVATION (1).

Apoplexie au deuxième degré.

Marie-Madeleine Ducert, femme, âgée de 77 ans, d'une petite stature, d'une constitution faible, et détériorée par plusieurs maladies graves; douée d'un tempérament bilioso-sanguin; habituellement souffrante et peu gaie, est sujette à des maladies de longue durée. Il ne se passe pas d'années qu'elle n'en éprouve de plus ou moins graves. Elle tousse l'hiver, et ressent une gène très marquée dans la res-

(1) Par M. Droullin.

piration, lorsque le froid se fait sentir pendant quelques jours, ou qu'elle se livre au moindre exercice. L'année dernière elle fit une maladie qui dura environ six à sept mois, et depuis laquelle elle ne jouit plus de toute sa raison, et ne reconnaît même pas les personnes avec lesquelles elle était très liée auparavant. Elle est de plus affectée d'une constipation habituelle. Malgré tant d'infirmités, elle a cependant toujours conservé le libre usage de ses membres, et les personnes qui l'entourent ne l'ont jamais entendue se plaindre de céphalalgie, de douleurs, ou de fourmillemens dans les membres; seulement elle est très sujette aux vertiges et aux éblouissemens. Elle était assez bien portante lorsque samedi matin, à quatre heures, elle descendit deux fois de suite dans la cour, sans aucun motif, et remonta pour arranger son lit et ses vêtemens, ce qu'elle n'avait pas coutume de faire habituellement. Interrogée par une des infirmières pourquoi elle se comportait ainsi, elle lui répondit qu'elle n'en savait rien, qu'elle perdait la tête. A huit heures, elle descend pour la troisième fois, et se met ensuite au lit, où, bientôt après, elle est trouvée sans connaissance, avec hémiplégie du côté gauche. Transportée à l'infirmerie, le chirurgien de garde fait appliquer quinze sangsues au cou, et prescrit une tisane et un lavement laxatifs. La malade recouvre un peu sa connaissance, et répond à plusieurs questions qu'on lui adresse; mais ce mieux ne dure pas long-temps, Ducert est bientôt plongée de nouveau dans un état comateux.

Le 2 juin. A la visite du matin nous la trouvons couchée en supination, penchée du côté droit, et tendant à tomber de ce côté; la face pâle, les paupières fermées, et couvertes à leur bord libre par de la chassie. La bouche est enfoncée, le menton saillant. En ouvrant les yeux on voit qu'ils sont parallèles. Les pupilles sont médiocrement dilatées, et ne présentent, pour ainsi dire, aucune contractilité quand on en approche une lumière. La malade est dans un état comateux. Le côté gauche n'offre aucune sensibilité. Les membres de ce côté soulevés et abandonnés à leur propre poids, retombent comme des masses inertes. La respiration est accélérée, difficile, le pouls petit, fréquent, la peau chaude, et couverte de sueurs. La langue paraît blanchâtre, et l'épigastre n'est nullement douloureux. La constipation persiste. Les sangsues ayant beaucoup saigné; on n'a pas recours à une nouvelle évacuation sanguine, la malade d'ailleurs est très faible. (Prescription : *lavement avec sulfate de soude, chicorée miellée, bain de pieds sinapisé.*)

Le 3. Le coma est beaucoup plus prononcé, la face est altérée, les yeux sont caves, les traits décomposés, le nez effilé, la bouche enfoncée, la respiration râleuse, difficile, le pouls petit et fréquent; la langue blanche et un peu sèche. La malade a été à la garde-robe; les urines coulent involontairement; la peau est froide, et le genou droit porté en haut. (Prescription : *vésicatoires aux jambes.*)

Mort le 3 à six heures du soir.

Autopsie le 5, à huit heures du matin.

L'extérieur du corps n'offre rien de particulier; la face est pâle, la peau un peu terreuse, comme celle de tous les cadavres des vieillards.

Le crâne enlevé, on voit des gouttelettes de sang sur la dure-mère, résultat de la déchirure des vaisseaux adhérens. Cette membrane incisée, et l'arachnoïde détachée avec soin, on remarque les circonvolutions très prononcées et sans aucun aplatissement. Le cerveau coupé avec précaution jusqu'aux ventricules, on y voit un peu de sérosité; mais en continuant cette opération, on rencontre un épanchement de sang d'environ deux onces, à la partie externe, moyenne et inférieure de l'hémisphère droit, entre la substance blanche et la corticale. Le cerveau est très sain autour de l'épanchement, et dans tout le reste de son étendue.

Poitrine. Les plèvres et les poumons ne présentent aucune trace de maladie; le cœur offre un volume un peu trop considérable relativement à la stature du sujet. Cette dilatation appartient au ventricule gauche, qui est en même temps hypertrophié. Le ventricule droit est à peu près dans les proportions ordinaires. L'aorte descendante nous offre des ossifications qui la rétrécissent.

Abdomen. L'estomac ne présente pas la moindre trace de phlegmasie; les intestins, examinés dans toute leur longueur, n'offrent pas plus de trace d'in-

flammation; ceux que renferme le petit bassin sont roses à l'extérieur, comme ils le sont ordinairement dans les maladies du cœur, mais la membrane interne est blanche; la vessie contient peu d'urine, et semble très saine. Les autres organes nous paraissent également en bon état.

LXXIXe OBSERVATION (1).

Epanchement au deuxième degré.

Marie-Elisabeth Agron, veuve Raymond, âgée de 80 ans, quoique d'une constitution grêle et détériorée, jouissait cependant encore d'une activité rare. Le samedi matin, 23 mars, elle se dispose à aller à Paris; se livre à une gaieté qui lui est inaccoutumée; son esprit semble rajeunir. Elle éprouve une activité cérébrale qui contraste avec sa lenteur ordinaire. Elle sort, traverse une des cours de l'hospice, se sent étourdie, chancelle et tombe sans connaissance, sans mouvement. Transportée à l'infirmerie, on n'obtient aucun effet des sinapismes et d'une émission sanguine. Immobile, couchée sur le dos, on est frappé de sa maigreur, de l'émaciation de ses membres, de l'étroitesse de la poitrine. Sa taille de quatre pieds et demi se ressent des progrès de l'âge, par la disposition courbe du tronc, et le genre de flexion que présentent les membres.

---

(1) Par M. Germain.

Un coma profond anéantit les facultés intellectuelles; l'hémiplégie du côté droit est absolue, tandis que le gauche donne des signes d'une sensibilité excitée par les pincemens. Ce côté est aussi le siége d'une plus grande chaleur; la température de l'autre paraît même au-dessous de celle ordinaire aux parties sensibles et vivantes. Resserrement, immobilité des pupilles; inaction des muscles labiaux, relâchés, ce qui rend l'entrée et la sortie de l'air par la bouche presque impossible. Respiration lente et rare. Battemens du cœur inappréciables à la main. Pouls petit, serré. La nullité de toutes les fonctions cérébrales rend presque impossible la connaissance que l'on pourrait acquérir d'une affection gastrique ou intestinale.

Les commémoratifs d'une gaieté, d'une agilité dépassant celles ordinaires à la malade, la volubilité avec laquelle elle parle, l'espèce d'ivresse où elle se trouve sans avoir bu, n'annoncent-ils pas une forte excitation portée sur l'encéphale; excitation, l'effet d'une congestion, qui bientôt va détruire les mouvemens, et abolir l'intelligence? Ne semble-t-il pas que l'on voie ici l'effet d'un *molimen hemorragicum*, des anciens, qui augmentant de plus en plus la masse du sang porté vers le cerveau, détermine enfin la rupture d'un vaisseau de cet organe, d'où paralysie, mais *à droite*, parce que l'épanchement s'est formé dans l'hémisphère *gauche?*

Le 24 mars, même état des pupilles et de la face. Légère contracture dans le bras droit paralysé, ce

qui peut être dû à un travail inflammatoire autour de l'épanchement. Du reste, il n'y a aucun changement dans les autres organes. On supprime un vésicatoire placé la veille, près les cuisses; on le place à la nuque. Un lavement purgatif est administré, mais la malade meurt le même jour à trois heures après midi.

Autopsie, 42 heures après la mort.

La joue gauche est un peu colorée; un peu de sang s'écoule à la section du cuir chevelu. Le crâne mince, adhère par sa face interne, d'une manière intime, à la dure-mère; l'effort nécessaire pour vaincre cette résistance déchire une partie du sinus longitudinal supérieur; aussisôt un flot de sang sort, inonde le cerveau, et se répand plus au loin. L'arachnoïde rouge et injectée, offre à gauche comme une large ecchymose, qui n'est autre chose que le réseau capillaire rompu dans différens points. La section horizontale des hémisphères cérébraux ne peut se pratiquer sans voir sourdre le sang par une infinité de petits points. Arrivés à la partie supérieure des ventricules latéraux, on sent à gauche une distention qui est nulle à droite. Le bistouri plongé dans cet endroit donne issue à une grande quantité de sang fluide; au fond de la cavité existent des caillots qui cachent un cerveau diffluent, désorganisé par l'effort de l'hémorrhagie, et mêlé à du sang, dont il modifie la rougeur.

Ce mélange du cerveau avec le sang s'étend à un

pouce de profondeur, après quoi nous rencontrons les corps striés, qui présentent dans leur épaisseur deux ou trois points, d'un noir foncé, comme naissant d'orifices béants de petits vaisseaux. Le sang du ventricule latéral gauche a pénétré dans le troisième, s'est même porté dans la fosse postérieure du crâne, contenant le cervelet. Cet organe est aussi injecté d'une manière remarquable.

Cœur. Son volume surpasse celui du poing du sujet; coupé transversalement, le ventricule droit a paru moins ample qu'il n'est d'ordinaire; le développement prodigieux des parois du gauche peuvent en être la cause; leur épaisseur peut, en effet, égaler celle de douze à quinze lignes. La cavité ventriculaire n'avait que la moitié de sa capacité naturelle; l'aorte au-dessus de la valvule est renflée, dilatée, mais bientôt elle se rétrécit, et est d'un très petit calibre vers la crosse. Au reste, il n'y a aucune ossification.

Estomac. Son intérieur, rouge pâle, offre une muqueuse épaissie, et affectée d'une inflammation évidemment chronique; des plaques grisâtres comme gangréneuses, adhérentes, et formées aux dépens de la membrane, annoncent un état de chronicité plus marqué. Un enduit jaunâtre recouvre une légère rougeur des intestins grèles.

LXXXe. OBSERVATION. (1)

Apoplexie moyenne.

Françoise Bercery, veuve Noël, âgée de 70 ans, d'une constitution assez forte, bien conservée pour son âge, jouissait d'une très bonne santé, n'éprouvait aucune douleur dans la tête, aucuns fourmillemens dans les membres, lorsqu'elle tomba subitement sans connaissance en faisant les préparatifs de son souper.

Transportée à l'infirmerie, elle se trouvait dans l'état suivant : hémiplégie complète du côté droit; déviation en dedans de l'œil du même côté, d'un strabisme convergent; mutisme absolu.

Il est difficile d'apprécier exactement l'état de l'intelligence; cependant, comme nous le verrons tout à l'heure, elle n'est pas complètement perdue.

Indépendamment des symptômes énoncés précédemment, et qui annoncent une affection locale dans l'hémisphère gauche du cerveau, il existait de la rougeur à la face, de la force du développement dans le pouls, de la chaleur à la peau, d'ailleurs aucun symptôme de dérangement dans les fonctions digestives ou respiratoires.

L'élève de garde fit appliquer, à l'entrée de la malade à l'infirmerie, quinze sangsues au cou; il prescrivit, en outre, une boisson laxative et un lavement émol-

---

(1) Par M. Foville.

lient. Le lendemain le développement du pouls, la coloration de la face persistant, malgré les moyens employés, une saignée de trois palettes fut ordonnée. La malade se prêta de son mieux à cette opération; elle présenta son bras, remua les doigts, exécuta tout ce qui lui fut demandé, essaya même de parler, mais ne fit entendre que des sons inarticulés. Ces remarques prouvent que son intelligence n'est pas complètement paralysée, sans qu'il soit permis pourtant d'affirmer qu'elle est à son état normal.

Les moyens délayans continués pendant à peu près un mois amenèrent des changemens très satisfaisans; le retour des mouvemens dans le côté primitivement paralysé; la facilité de parler, etc. Le strabisme seul a persisté.

Il est bien évident, d'après les symptômes observés, que la cause des accidens était une affection locale aiguë du cerveau : l'absence des signes précurseurs, l'invasion brusque, la marche décroissante de la maladie, prouvent de la manière la plus positive que l'altération cérébrale consistait dans un épanchement sanguin dans la substance du cerveau.

LXXXI[e] OBSERVATION (1).

Note sur une apoplexie terminée par la mort après trente-deux jours de l'invasion de la maladie.

La nommée Elisabeth Roisin, veuve Brivois, âgée de 80 ans, d'une bonne constitution pour son âge, d'un tempérament qui se rapproche du sanguin, se livre, le 23 juillet 1819, un peu plus que de coutume, à son appétit. Quelques heures après son repas, elle tombe sans connaissance, et offre tous les symptômes d'une apoplectique.

Transférée le jour même à l'infirmerie, elle se présente dans l'état suivant : décubitus sur le dos, perte de connaissance, paralysie du membre supérieur droit; il n'est pas contracté, mais il a perdu toute espèce de mouvement et de sensibilité; la bouche est béante et légèrement inclinée du même côté; les yeux sont fermés. Si on élève les paupières, on voit bien sensiblement les mouvemens de la pupille qui se contracte aussitôt qu'elle est frappée par les rayons lumineux et s'élargit ensuite; pâleur et refroidissement de la face, ainsi que des membres supérieurs et inférieurs; pouls accéléré, irrégulier, et assez facilement compressible; respiration libre, ventre souple.

(1) Par M. Bardin.

(*Boisson émétisée, lavement purgatif, sinapismes aux jambes, vésicatoire à la nuque.*)

Quelques vomissemens, une selle.

Le deuxième jour on retire assez facilement la malade du coma dans lequel elle est, et lui parlant avec force, on voit qu'elle cherche à répondre; mais elle fait de vains efforts pour remuer la langue. Elle peut cependant, mais avec peine, la faire sortir de la bouche; elle paraît rouge et humide à la pointe, bleuâtre à la base. Les yeux sont ouverts, et la bouche n'est plus dejetée de côté. Même insensibilité que la veille dans le membre droit.

Le troisième, même état.

Le quatrième, amélioration marquée; la malade entend bien, et articule même quelques mots. Elle répond affirmativement, lorsqu'on lui demande si la tête lui fait mal. Pouls et respiration naturels.

Le cinquième, la malade parle mieux. Elle dit n'éprouver aucune douleur, lorsqu'on lui pince le membre supérieur droit; il n'en est pas de même du membre inférieur du même côté, qui, toutes choses égales d'ailleurs, paraît cependant un peu moins sensible que l'autre du côté opposé.

Le sixième, changement notable, tendance au sommeil; difficulté très grande dans l'articulation des sons. Vésicatoire à la cuisse.

Le septième, langue noirâtre; pouls petit; respiration toujours libre. (*Potion tonique.*)

Le neuvième, toujours décubitus sur le dos, immobilité dans le lit; plus de réponses aux questions

qu'on adresse à la malade, qui, cependant, paraît les entendre.

Peu de différences dans les symptômes jusqu'au vingt-unième jour.

Le vingt-deuxième, la malade cherche sans cesse à sortir ses jambes de son lit. Une chose remarquable, c'est que le bras qui n'est pas paralysé, n'exécute aucuns mouvemens qui pourraient l'aider à sortir de son lit. Le tronc est immobile, et se trouve entraîné par les efforts que font les membres inférieurs, qui tendent continuellement à sortir du lit. Constipation. (*Lavement émollient.*)

Même état jusqu'au vingt-septième jour; alors immobilité générale; impossibilité d'avaler les boissons; pouls irrégulier, intermittent.

Mort, le 25 août, trente-deuxième jour après son entrée à l'infirmerie.

Ouverture du corps.

Os du crâne assez durs, mais d'une épaisseur ordinaire; circonvolutions du lobe gauche moins marquées que celles du côté opposé. C'est particulièrement à la partie antérieure et supérieure de l'hémisphère gauche que cela se fait remarquer. Dans le même endroit, en enlevant une petite couche de la portion corticale, on trouve un énorme épanchement qui, à en juger par la couleur du sang, peut bien avoir eu lieu depuis un mois. C'est, en effet, à la même époque que la malade a été admise à l'in-

firmerie. Le sang est liquide, brunâtre, et renfermé dans une membrane particulière. L'épanchement est barré en bas par le plancher supérieur du ventricule latéral de ce côté.

Le cervelet offre à sa surface une exhalation sanguine, précisément sous la membrane arachnoïde, ce qui donne à celle-ci une couleur noirâtre.

Poitrine. Partie supérieure du poumon gauche splénisé; poumon droit sain; cœur mou; cavité ventriculaire gauche dilatée; quelques ossifications à l'ouverture aortique.

Abdomen. Estomac rouge à sa surface interne; quelques plis. Cette rougeur cesse à la naissance du duodénum.

Rein droit converti en une masse graisseuse, recouverte par la substance corticale qui n'est pas entièrement altérée. Le bassinet offre la même altération que le rein; l'uretère est presque oblitérée.

LXXXIIe OBSERVATION (1).

Hémorrhagie cérébrale.

Marie-Anne Le Haulier, veuve Maubant, âgée de 71 ans, douée d'un tempérament sanguin, d'une bonne constitution et d'une stature élevée, très bien conservée pour un âge déjà avancé, fut réglée à 16 ans, et cessa de l'être à 38, à la suite d'une affection morale très vive. Sa santé, toujours bonne jus-

(1) Par M. Droullin.

qu'alors, fut altérée pendant quelques mois; mais peu à peu elle revint à son état primitif, et cette femme continua d'en jouir jusqu'à 60. A cette époque elle éprouva une attaque d'apoplexie avec paralysie des membres du côté droit, paralysie qui se dissipa au bout de six semaines, et dont le succès fut attribué aux fumigations sulfureuses qui avaient été employées. L'exercice libre et le mouvement de ces membres avaient lieu comme auparavant; mais la santé de la veuve Maubant commença à se détériorer; des palpitations qui n'avaient eu lieu que fort rarement, devinrent de plus en plus fréquentes, le moindre exercice causait une gêne dans la respiration; le froid de l'hiver amenait avec lui les mêmes accidens, et de plus des catarrhes bronchiques qui duraient plusieurs mois. A 65 ans, une péripneumonie assez intense se manifesta; la durée en fut longue, et la résolution d'autant plus difficile, que la circulation n'étant plus dans l'état physiologique, y apportait un puissant obstacle; cependant cette maladie se termine heureusement. Mais quatre ans sont à peine écoulés que Le Haulier est atteinte, pour la seconde fois, d'une attaque d'apoplexie avec paralysie du *bras et de la jambe gauches*. Traitée et guérie par M. Rostan, cette femme conserva seulement un peu de faiblesse dans le côté. Sa santé et son intelligence n'en parurent pas sensiblement altérées; souvent elle avait des vertiges, mais jamais de douleurs de tête. Tel était l'état de cette personne, lorsqu'hier, la chaleur étant très élevée (26 degrés), elle descend de son

lit, prend son vase de nuit pour aller à la garde-robe; mais elle n'est pas plus tôt dessus qu'elle tombe sans connaissance. Cet accident arrive à une heure du matin. La malade est aussitôt portée à l'infirmerie. L'élève de garde pratique une saignée de trois palettes, applique des sinapismes aux pieds, et donne une boisson émétisée. A la visite du matin, voici l'état dans lequel nous trouvons cette malade.

Couchée en supination; la face est encore un peu colorée, les yeux sont fermés, la bouche est entr'ouverte, et légèrement tirée à gauche; les pupilles sont médiocrement dilatées, mais d'une manière irrégulière, et complètement immobiles. Toutes deux offrent la même variété et la même dilatation. La malade n'entend rien; la jambe et le bras droits sont paralysés. Soulevés et abandonnés à leur propre poids, ils retombent comme des masses inertes. La respiration est celle d'une personne profondément endormie. Le pouls conserve de la force et de la fréquence. Il n'existe aucun signe d'affection vers les organes digestifs. Le sang tiré contient beaucoup de sérosité; les deux dernières palettes offrent la *couenne inflammatoire*. (Prescription : *Continuer la même boisson.*)

13. Un coma profond continue d'avoir lieu, et ne laisse entrevoir aucun espoir de salut. La face est toujours légèrement colorée, les yeux sont fermés, les pupilles conservent leur immobilité et leur dilatation irrégulière. La bouche est béante, la respiration commence à s'embarrasser, l'haleine est fétide, le

pouls serré et fréquent. La pression sur l'abdomen ne cause aucun signe de douleur. Le genou du côté gauche est soulevé en l'air. Les urines et les matières stercorales sont excrétées involontairement. (Prescription : *Tisane laxative, vésicatoire aux jambes.*)

14. La mort est survenue hier à six heures du soir. Les bronches se sont remplies de mucosité, au point que celles-ci ressortaient par la bouche en assez grande quantité; le pouls a peu à peu cessé de battre, et la vie de la malade s'est éteinte.

15. *Autopsie.* Le cadavre, examiné extérieurement, n'a présenté rien de particulier que les traces des vésicatoires et des sinapismes.

Le crâne enlevé, on remarque à la surface de la dure-mère des gouttelettes de sang, suite de la rupture des vaisseaux adhérens au crâne. Cette membrane enlevée, on remarque sous l'arachnoïde une dépression du côté droit, à la partie postérieure et supérieure de l'hémisphère de ce côté. L'arachnoïde détachée avec précaution, on voit clairement une déperdition de la substance grise, large au moins comme une pièce de cinq francs, dont les bords sont irrégulièrement coupés, remplie par une matière gélatiniforme d'un blanc jaunâtre, qui s'étend entre la scissure postérieure jusqu'à la partie supérieure du ventricule, mais dans une étendue circonscrite par une membrane mince et de même couleur que la matière contenue. Le reste de cet hémisphère n'a rien présenté de particulier.

Les circonvolutions de la partie supérieure et moyenne du côté gauche sont effacées. En coupant le cerveau par tranches minces, et avec soin, nous avons trouvé vers la partie moyenne de la substance blanche une cicatrice ancienne, serrée et d'une densité remarquable, sans aucune déperdition de substance. Un peu au-dessous, nous avons rencontré un nouvel épanchement situé dans la même substance, s'étendant longitudinalement dans un espace d'environ deux pouces et demi, et contenant au moins une once et demie de sang noir. Le reste du cerveau était parfaitement sain.

Poitrine. De légères adhérences unissaient le poumon droit à la plèvre costale; les poumons étaient d'ailleurs crépitans et très sains. Le ventricule gauche du cœur était légèrement hypertrophié; en y passant le doigt, on sentait de petites concrétions osseuses ; mais le cœur et les gros vaisseaux ayant été détachés, nous avons trouvé l'aorte descendante sensiblement rétrécie par de larges plaques de ces concrétions.

Abdomen. L'estomac n'offrait pas la moindre trace d'inflammation ; le canal digestif, examiné de la manière la plus attentive, n'a présenté aucune apparence de phlegmasie. Les autres organes étaient également sains.

LXXXIIIe OBSERVATION (1).

Apoplexies cérébrale et cérébelleuse.

Rose Sénélar, veuve Maroye, âgée de 62 ans, douée d'une forte constitution, d'un tempérament sanguin et d'une vivacité remarquable, fut réglée pour la première fois à dix ans, devint mère de six enfans, et cessa d'être menstruée à 50 ans. Avant la cessation des menstrues, Sénélar éprouva une hémorrhagie utérine considérable qui dura 24 heures, malgré tous les moyens employés pour la combattre.

Depuis cette époque elle a joui d'une assez bonne santé, quoique sujette à quelques palpitations et parfois à des vertiges.

Elle a été affectée, il y a deux ans, d'une congestion cérébrale, avec perte de connaissance, mais qui n'eut aucun résultat fâcheux, et sa santé n'en avait point été altérée, lorsque le 25 décembre 1822, vers cinq heures du matin, en descendant de son lit, elle fut prise d'un étourdissement et tomba tout à coup sans connaissance; elle ne recouvra ses sens qu'un quart d'heure après, tout le côté gauche de son corps était le siége d'une hémiplégie complète.

Transportée à l'infirmerie, elle offre les symptômes suivans : décubitus sur le dos, les pupilles sont peu dilatées, contractiles; celle du côté gauche un peu

---

(1) M. Pinel-Grandchamp.

plus grande que la droite; la vue est intacte, la parole prompte, mais la malade sent dans la langue, qui n'est pas déviée, un embarras qu'elle n'éprouve pas habituellement; l'intelligence ne semble nullement altérée, tout le côté gauche paralysé conserve sa sensibilité.

La langue n'est recouverte d'aucun enduit, il n'y a ni soif, ni nausées, ni vomissemens; l'appétit est bon, l'épigastre n'est point douloureux à la pression, il y a constipation depuis trois jours, les urines coulent librement.

La respiration est facile; le pouls est fort, développé, un peu fréquent; les battemens du cœur peuvent faire croire à une hypertrophie du ventricule gauche.

On prescrit une saignée de deux palettes, une boisson laxative et un lavement purgatif.

Le 30, le sang qu'on lui a tiré ne présente presque pas de sérosité, mais est sans couenne inflammatoire; la malade est mieux, les mouvemens sont un peu revenus. Le pouls moins développé conserve de la fréquence, la constipation persiste. (*Même boisson, diète.*)

Le 31, Sénélar peut porter les bras à la tête; toujours même état du pouls et constipation.

Le 2 janvier 1823, la maladie marche rapidement vers la guérison, les mouvemens deviennent de plus en plus faciles, la pupille gauche est toujours un peu plus dilatée que la droite, toujours constipation. (*Lavement purgatif.*)

Le 3, la malade tombe de son lit en dormant, se fait une forte contusion à la pommette gauche : depuis, parole plus embarrassée, pouls plus fréquent, d'ailleurs pas de céphalalgie, les mouvemens conservent leur liberté. (*Vingt sangsues au cou, lavemens huileux.*)

Le 4, elle éprouve un assoupissement continuel, la joue est un peu moins tuméfiée, les pupilles sont d'égale grandeur, le pouls moins fréquent, la constipation persiste. (*Lavement purgatif.*)

Le 5, selles copieuses, pas d'amélioration, au contraire les traits de la face sont plus altérés.

Du 6 au 9, mieux sensible, la constipation recommence.

Le 12, somnolence assez profonde; la raison paraît s'altérer ; la malade, naturellement gaie, pleure souvent ; elle laisse aller ses urines dans son lit ; il s'est aussi manifesté quelques engourdissemens dans le côté paralysé, mais sans douleur de tête, la langue est rouge. (*Vésicatoire à la nuque.*) Ce vésicatoire se sèche au bout de peu de temps.

Depuis quelques jours Sénélar est tombée plusieurs fois de son lit pendant la nuit.

Le 23, elle a eu du délire, et la somnolence qui s'était dissipée en partie a reparu tout-à-fait.

Le 7 février, toujours somnolence, constipation; il y a de la contracture dans les membres.

Le 8, la malade a été prise de mouvemens convulsifs ; les yeux sont tournés en haut ; les paupières entr'ouvertes ne laissent apercevoir que la scléro-

tique. La tête est fortement penchée en arrière sur la colonne vertébrale.

Sénélar ne parle plus ; quand on la questionne, elle semble s'éveiller, regarde fixement, referme aussitôt les yeux et n'entend plus. La déglutition devient difficile; le pouls est fréquent, la peau chaude. (*Sinapismes aux jambes.*)

Le 11, respiration naturelle, pouls faible, fréquent, langue poisseuse, ventre rétracté, douloureux; le bras gauche n'est pas du tout mobile; le droit peut se mouvoir.

Le 16. Mouvemens convulsifs généraux ; yeux portés en haut; toujours rétraction de la tête en arrière, puis nouvel état comateux, pouls très petit et fréquent, mort à huit heures du soir.

Réflexions.

La perte de connaissance, suivie aussitôt de paralysie, chez cette malade, qui n'avait donné avant aucun signe de lésion cérébrale, le peu d'intensité des symptômes, l'intégrité de l'intelligence, la vivacité, la bonne constitution de Sénélar, tout faisait présumer un épanchement sanguin peu étendu, dans le côté opposé à la paralysie, et portait à espérer une prompte réussite de l'emploi de la saignée, des révulsifs et de la diète.

Cette attente n'a pas été déçue; la résolution marchait en effet avec la plus grande rapidité, ce dont on a pu acquérir la conviction par l'énumération

faite, jour par jour, des symptômes que la malade a offerts : mais tout à coup, à la suite de la première chute, son état a empiré, le trouble de l'intelligence est survenu; elle a été affectée de fourmillemens, d'engourdissemens dans les membres dont la paralysie était dissipée.

Plus tard il y a eu des contractures dans les deux bras; la plupart de ces accidens, qui avaient un peu diminué, se sont renouvelés et ont augmenté à la suite de plusieurs chutes qui ont eu lieu depuis.

Les convulsions survenues dans les derniers jours de la maladie et la rétraction continuelle de la tête en arrière pourraient faire croire à une lésion du cervelet.

L'ensemble de ces phénomènes indique certainement qu'il s'est fait dans l'encéphale, un travail dont l'intensité ne permettait plus d'espérer la guérison.

Un signe caractéristique a manqué pour dessiner cette affection, si elle devait être un ramollissement, c'est la douleur de tête dans un point fixe; mais l'état de somnolence presque continuel de Sénélar a pu l'empêcher de se manifester.

Ouverture du corps.

Tête. Le crâne étant ouvert, on observe une injection légère des membranes.

L'arachnoïde adhère à la substance grise dans une petite étendue, à peu près vers la partie supérieure et moyenne du lobe gauche du cerveau.

La substance grise offre des marbrures rougeâtres dans plusieurs points, la blanche est un peu injectée. La consistance du cerveau est un peu moindre que dans l'état ordinaire. Les artères sont ossifiées.

Les ventricules contiennent beaucoup de sérosité claire, limpide.

Lobe gauche. Il y a des traces de deux très petits épanchemens dans la substance blanche des lobules antérieur et moyen.

La substance blanche, fortement injectée, présente des marbrures dans le centre du lobule postérieur du même côté.

On trouve un épanchement récent très peu profond à la surface du corps strié. Des traces d'un épanchement central ancien, peu étendu, existent dans la couche optique.

Lobe droit. Entre la couche optique et le corps strié, on rencontre les traces d'un épanchement considérable, dont la résolution s'est opérée depuis peu de temps. La membrane qui s'est formée autour du caillot est jaunâtre, épaisse, très bien organisée.

Le corps strié en avant est le siége de petits épanchemens dont la résolution s'est opérée.

Cervelet. Épanchement sanguin récent, du volume d'une petite noix ; dans le milieu de la substance blanche de son lobe gauche.

Poitrine. Le ventricule aortique du cœur est hypertrophié.

Les poumons, sains : le droit présente quelques adhérences.

Abdomen. L'estomac et l'intestin cœcum sont sains; le colon est rempli de matières fécales dures pelotonnées.

Les autres viscères n'offrent rien à noter.

L'observation qu'on vient de lire est remarquable par l'accord qui existe entre les phénomènes observés pendant la vie et les diverses altérations trouvées après la mort; c'est une des observations qui confirment le mieux les corollaires que nous avons posés. La multiplicité des épanchemens explique le retour fréquent des accidens. Le commencement de résolution qui présente l'épanchement le plus considérable, explique la diminution graduelle des symptômes; l'état général du cerveau donne raison des phénomènes généraux observés plus tard; l'épanchement dans le cervelet est bien évidemment la cause des derniers accidens graves éprouvés par la malade, etc.

LXXXIVe OBSERVATION (1).

Apoplexie faible.

Perpétue Bouvier, âgée de 67 ans, d'une stature ordinaire, d'un tempérament sanguin, fut bien réglée depuis l'âge de 13 ans jusqu'à 49, époque à laquelle elle eut une maladie qui dura un an. Vers sa 60e année, prenant un bain, elle ressentit un engourdissement dans toute la partie droite du corps;

(1) Par M. Bourse.

aucun dérangement de l'intelligence, ni la moindre céphalalgie n'avait précédé cet accident. Elle se fit retirer du bain, et ne put marcher ni se servir du bras droit. A la suite de cette paralysie, elle fut traitée, dit-elle, d'une fluxion de poitrine. Depuis ce temps, elle avait toujours joui d'une bonne santé; toutes les fonctions se faisaient bien.

Le 13 septembre, à huit heures du matin, portant une marmite, elle tomba sans perdre connaissance, ressentit de la roideur dans les membres droits, dont elle ne put se servir. La langue avait beaucoup de peine à se mouvoir dans l'articulation des mots; la bouche n'était nullement tournée; la vue et l'ouïe conservèrent leur intégrité. Conduite le soir à l'infirmerie, elle ressentit un sentiment général de pesanteur; l'engourdissement des membres et la difficulté de la prononciation avaient augmenté. Les voies digestives et aériennes ne présentèrent rien de remarquable. Elle était quelquefois assoupie. L'appétit était grand.

Le 14 et le 15, un peu de mieux dans les mouvemens, la prononciation presque libre; selles fréquentes.

Du 15 au 20, époque à laquelle elle est sortie de l'infirmerie, les symptômes ont disparu entièrement.

Il est très vraisemblable que cette malade a éprouvé un épanchement léger. Pour que cette observation fût complète, il faudrait que l'ouverture montrât les traces de l'épanchement résorbé; mais

elle est si conforme à une multitude d'autres chez qui nous avons rencontré ces traces, que nous n'hésitons pas à la joindre ici.

LXXXV[e] OBSERVATION (1).

Apoplexie légère, exempte de toute complication.

Marie-Anne Baudin, femme Sinien, âgée de 66 ans, infirmière à l'hôpital de la Salpêtrière, douée d'un tempérament sanguin, d'une constitution forte et pléthorique, est née de parens sains, mais d'une mère qui est morte d'apoplexie. Ses règles parurent pour la première fois à 13 ans, pendant qu'elle était affectée de petite-vérole. Devenue mère de treize enfans, elle a cessé d'être menstruée à 45 ans. Sa santé a toujours été bonne et exempte de toute infirmité; quelquefois seulement elle a éprouvé de légers tintemens d'oreille et des éblouissemens passagers. Le 28 août 1822, vers six heures du soir, en montant un escalier, elle est frappée tout à coup d'hémiplégie du côté droit. Cet accident n'est ni accompagné ni suivi de perte de connaissance. La figure est peu changée; la bouche cependant est déviée à gauche, mais la parole est libre, et l'intelligence intacte. On la porte dans son lit, et elle passe la nuit dans cet état. La paralysie persistant encore le lendemain, on la transporte à l'infirmerie. Le chi-

(1) Par M. Droullin.

rurgien de garde fait une saignée de deux palettes, applique des sinapismes aux pieds, et donne une potion antispasmodique. Examinée le 30, à la visite du matin, voici ce qu'elle nous présente.

La face est naturelle, la bouche encore un peu déviée à gauche, l'intelligence intacte, la parole libre, la vue est nette; la malade entend très bien, et rend parfaitement compte de son état; elle dit avoir assez bien passé la nuit. Les mouvemens sont plus faciles; la main du côté paralysé ne peut pourtant pas encore être portée à la tête; mais elle peut tenir quelque chose, ce qu'elle n'aurait pas fait les jours précédens; la jambe n'exécute encore que de légers mouvemens; la langue ne présente rien de particulier; la bouche n'est pas amère; il n'y a ni nausées ni envies de vomir; l'épigastre n'est nullement douloureux à la pression; le ventre est souple et libre. Baudin n'a jamais éprouvé le moindre symptôme d'affection organique du cœur, et les viscères contenus dans la poitrine paraissent en très bon état; la respiration est parfaite; le pouls est régulier, mais fort et un peu fréquent. (Prescription : *orge miellée, lavement avec chicorée et sulfate de soude.*)

31. La malade se trouve assez bien; les mouvemens sont plus libres; la main peut être portée à la tête; mais le bras est loin d'être aussi fort que le gauche. Toutes les autres fonctions s'exécutent bien; le pouls est régulier et un peu développé. (*Même prescription.*)

1er septembre. Quoique cette malade puisse à

peine se tenir debout, elle a voulu marcher hier, ce qui lui a causé des engourdissemens et des fourmillemens dans les membres paralysés. La pupille de l'œil droit est aussi beaucoup plus dilatée que celle du gauche. (*Même prescription.*)

2. Le repos a dissipé les engourdissemens; la force et le mouvement augmentent chaque jour. (*Même prescription.*)

3. Le mieux continue; la malade commence à marcher un peu.

4. La pupille du côté gauche est aujourd'hui plus dilatée que la droite; la malade éprouve aussi quelques fourmillemens dans les membres de ce côté.

6. Les fourmillemens ont disparu; les deux pupilles sont d'égale grandeur, les mouvemens très libres; il ne reste plus qu'un peu de faiblesse.

10. La malade travaille et marche avec facilité.

25. Cette femme est bien guérie; elle ne s'aperçoit plus que d'une très légère faiblesse.

1er octobre. Il ne reste plus aucun signe de cette maladie.

LXXXVIe OBSERVATION (1).

Hémorrhagie cérébrale terminée par résolution.

Julie Chaussé, âgée de 70 ans, d'un tempérament fort et sanguin, d'une humeur joviale, a passé sa vie autour des fourneaux d'une cuisine, sans éprou-

---

(1) Par M. Ftin Calmeil.

ver aucun accident du côté du cerveau; le sang ne l'incommoda jamais.

Le 1er février 1821, devant sortir, elle se hâte de faire ses préparatifs; pendant qu'elle y travaille, une faim excessive la saisit, et elle mange avec excès. Au moment où elle sort, elle laisse tomber un panier qu'elle portait à la main, et s'écrie qu'on vient de lui porter un coup qui lui a cassé le bras. Bientôt elle se laisse tomber elle-même, mais ne perd point de vue les corps qui l'entourent. Les mouvemens du bras gauche ne sont plus sous l'influence de la volonté; tout le côté qui lui correspond est d'une excessive faiblesse; la malade voulant marcher, traîne la jambe dans la progression. (*Quinze sangsues au cou, prescrites à la consultation.*)

13 février. Entrée à l'infirmerie. Point de céphalalgie, face injectée, hémiplégie du côté gauche incomplète, mouvement commençant à se rétablir, bouche presque droite, parole un peu embarrassée, bourdonnemens dans la tête, force dans le pouls, état naturel des autres fonctions. (*Tisane gommeuse, lavement, vésicatoire à la nuque.*)

18. Le côté malade a recouvré ses mouvemens avec une progression que chaque jour l'œil a pu suivre. La face conserve un peu d'injection. On recommande à la malade l'abstinence des boissons excitantes. (*Sortie.*)

LXXXVIIe OBSERVATION (1).

Epanchement au premier degré, précédé de congestion cérébrale.

Marie-Marguerite Potin, veuve Marin, âgée de 73 ans, est d'une forte constitution et d'un tempérament sanguin; jamais elle n'éprouva de maladie, et sa santé ne fut nullement troublée à l'époque de la première menstruation, ainsi que pendant deux grossesses heureuses. Cependant l'écoulement menstruel ayant cessé vers sa 45e année, elle fut affectée d'un suintement fétide et abondant derrière l'oreille droite. Il lui survint, quelque temps après, au-dessous de l'orbite du côté gauche, un bouton qui s'abcéda, et fut suivi d'une croûte analogue à celle du *noli me tangere*. Au reste, cette croûte enfoncée dans la peau, n'est le siége d'aucune douleur.

Dimanche dernier, 24 novembre, après le repas, la malade assiste aux vêpres, ressent un violent mal de tête, s'en retourne après le salut, avec des étourdissemens, des vertiges, qui cessèrent un peu le soir; mais la céphalalgie persiste, avec des battemens dans les tempes et dans les oreilles. Vers le milieu de la nuit, elle descend de son lit pour satisfaire au besoin d'uriner; mais elle perd connaissance, après avoir vu pendant quelque temps tous les objets en rouge;

(1) Par M. Germain.

cependant elle recouvre ses facultés, et monte encore seule dans son lit; mais elle éprouve une faiblesse remarquable, avec engourdissement dans les membres du côté gauche. Le lundi, ces symptômes augmentent, accompagnés de douleur et de céphalalgie; même état le mardi; mercredi, même état; les vertiges sont fréquens; éblouissemens, tintemens d'oreille, étourdissemens répétés; peu de soif; langue blanche, sèche à la pointe; appétence; absence de tous symptômes dans les autres appareils; le pouls est lent et développé.

Prescription : *orge et miel pour boisson, saignée de trois palettes, lavemens émolliens qui occasionnent une selle.*

Le 29, engourdissement du membre gauche et très marqué; il est presque impossible à la malade de le porter à la tête; cependant le facies est plus naturel, moins foncé en couleur; le pouls a beaucoup moins de développement; il y a de l'appétit, nulle soif, les selles sont faciles; la malade éprouve encore des vertiges, des étourdissemens, lorsqu'elle se place sur son siége.

Prescription : *orge et tamarin, diète continuée.*

Le 1er, l'engourdissement du côté gauche paraît diminué; mais il y a des fourmillemens incommodes à l'extrémité des doigts, se prolongeant jusque dans l'épaisseur de l'avant-bras; mais le membre inférieur du même côté est inactif, pesant, engourdi, et néanmoins sensible. L'on remarque chez la veuve Marin cet état de force, d'activité physique et mo-

rale qui semble le garant d'une résolution complète. Le 4 et 5, la malade se plaint d'une grande faim, se fâche; on lui accorde le quart de la portion ordinaire.

Les jours suivans, la pesanteur, l'inactivité du membre supérieur gauche disparaissent; la main exécute des mouvemens, peut être portée facilement à la tête; les orteils deviennent à leur tour le siége des mêmes fourmillemens remarqués aux doigts; mais il y a une très grande difficulté dans les mouvemens; le pied ne peut aider à la station, ce qui occasionne à la malade une chute, dont les suites n'ont point entravé la marche vers la guérison. Depuis le 12 jusqu'au 16, les symptômes observés dans les membres diminuent progressivement. Quant à ceux observés vers l'encéphale, ils avaient disparu depuis long-temps. Le 20, on accorde la demi-portion d'alimens; le 30, il n'existe plus aucun symptôme de l'affection locale; la marche est facile, et toutes les fonctions s'exécutent régulièrement.

LXXXVIII[e] OBSERVATION (1).

Hémorrhagie cérébrale.

Marie Bonard, âgée de 72 ans, douée d'une bonne constitution, d'une moyenne stature et d'un embonpoint médiocre, jouit habituellement d'une parfaite santé, quoique sujette parfois à des congestions cérébrales. Jamais elle n'avait été paralysée, lorsque le

(1) Par M. Droullin.

1er janvier 1823, vers huit heures du matin, elle perd tout à coup connaissance, et en même temps l'usage du bras et de la jambe droits. Un quart d'heure environ après l'accident, elle recouvre sa connaissance; mais l'hémiplégie reste la même. Transportée à l'infirmerie, nous la voyons le 2 janvier dans l'état suivant :

Couchée sur le dos, elle paraît jouir de toute son intelligence, mais ne peut articuler aucuns sons. La bouche est fortement déviée à gauche, et la langue ne peut être sortie; les pupilles sont très dilatées et contractiles; le bras et la jambe droits ne peuvent exécuter que de très légers mouvemens.

La respiration est bonne, les battemens du cœur sont un peu forts; mais une particularité assez remarquable, c'est que les artères radiales manquent des deux côtés; les carotides battent avec force, le ventre n'est point douloureux; les selles sont libres et les urines coulent involontairement. (Prescription : *deux vésicatoires aux jambes, et chicorée miellée pour boisson.*)

Le 4 janvier, les symptômes paraissent moins intenses; les vésicatoires ont bien pris; on remarque un peu plus de facilité dans les mouvemens; la langue pourtant ne peut pas encore être sortie. (Prescription : *même boisson, entretenir les vésicatoires.*)

Le 5, la bouche est moins déviée, les traits sont plus réguliers, les pupilles moins dilatées, et les membres un peu plus libres; la langue peut être tirée et

se dévie à droite; les battemens du cœur sont toujours assez forts et assez développés. Il est survenu de la constipation. (Prescription : *chicorée miellée, lavement émollient.*)

Le 6, les traits deviennent de plus en plus naturels, les mouvemens plus faciles, la parole est toujours impossible; les vésicatoires suppurent bien; la malade a été à la selle; les urines ne peuvent être retenues. (Prescription : *même boisson.*)

Le 7, même état, même prescription.

Le 8, l'amélioration devient de plus en plus sensible; cependant la malade ne peut pas encore articuler des sons; mais elle recouvre chaque jour un peu de force dans les membres paralysés. Il est survenu de la diarrhée; on supprime la tisane laxative.

Le 9, le dévoiement a disparu; elle peut porter le bras à la tête; mais la parole ne revient pas.

Le 12, les mouvemens sont assez libres; les vésicatoires suppurent bien; l'incontinence d'urine persiste.

Le 21, la malade est fort bien; seulement elle ne peut articuler que quelques mots; le bras est plus libre que la jambe, quoiqu'il soit encore loin d'être aussi fort qu'avant l'accident.

Le 30, Bonard est toujours dans le même état; il lui est impossible de prononcer plusieurs mots de suite. Comme elle continue d'être affectée d'incontinence d'urine, on la fait passer à la division dite des *gâteuses*.

LXXXIXe OBSERVATION (1).

Léger épanchement cérébral avec complication d'épistaxis, d'hémorrhagie utérine et d'hématémèse.

Madame Lacroix, âgée de 80 ans, d'une constitution très vigoureuse, éprouvait depuis plusieurs années de fréquentes pertes de connaissance, qui n'entraînèrent jamais après elles aucun accident fâcheux ; aussi jusque-là s'en était-elle très peu effrayée : mais tout à coup, au commencement de l'année 1820, à une époque qu'elle ne peut précisément assigner, elle est frappée d'apoplexie ; le bras et la jambe gauches se paralysent, la langue s'embarrasse ; il se manifeste tout-à-la-fois épistaxis, hémorrhagie utérine et hématémèse. Ses parens la font transporter à l'hôpital St.-Louis, où elle est soumise à un traitement qu'elle ne peut se rappeler, et auquel la maladie a cédé au bout d'un court espace de temps, quoiqu'il soit toujours resté depuis un engourdissement dans les membres déjà paralysés ; quelquefois même elle éprouvait des étourdissemens que l'on parvenait à dissiper au moyen des pédiluves et manuluves sinapisés.

Le 28 février, madame Lacroix, étant occupée à travailler dans son dortoir, perd tout à coup connaissance ; la parole s'embarrasse de nouveau ; de fortes palpitations de cœur se font sentir ; l'engour-

(1) Par M. Garnier.

dissement du bras et de la jambe gauches augmente; enfin, l'épistaxis, l'hémorrhagie utérine et l'hématémèse reparaissent; elle fait son entrée à l'infirmerie le 2 mars 1821, où elle accuse avoir éprouvé les phénomènes que je viens de décrire, et offre encore aujourd'hui les symptômes suivans :

Face colorée, traits peu altérés, peau chaude, décubitus sur le dos. La pupille jouit de toute sa contractilité; la respiration se fait librement, la toux est peu fréquente, l'expectoration facile.

Pouls fréquent, dur.

Bouche pâteuse; langue humectée, légèrement blanchâtre; point d'appétit, soif modérée, douleur à l'épigastre et à l'hypochondre gauche, augmentant par la pression; les selles sont rares, les urines faciles.

Douleur de tête extrêmement vive du côté gauche. Sommeil nul.

Traitement : *les délayans à l'intérieur, vingt sangsues autour du cou.*

Le 3, la face est un peu moins animée; la malade interrogée comment elle se trouve, répond qu'elle va bien; que les douleurs abdominales ont beaucoup diminué; cependant la céphalalgie persiste toujours à troubler son sommeil.

Les 4, 5, 6, les maux de tête sont moindres, la pression abdominale excite encore quelques plaintes.

Le 7, rien de remarquable; la convalescence est assurée.

§ V. *Hémorrhagie entre la dure-mère et l'arachnoïde qui la tapisse.*

S'il m'est permis de conclure d'un petit nombre de faits, rien ne ressemble plus au ramollissement que l'épanchement dont nous parlons : en voici un exemple que nous avons publié ailleurs, et d'après lequel le lecteur pourra se convaincre de l'identité des signes.

XC^e OBSERVATION.

La nommée Chevalier, âgée de 79 ans, entra à la Salpêtrière, affectée de démence sénile. Elle fut prise d'un vomissement assez opiniâtre quelques jours avant son entrée à l'infirmerie. Le 28 mai, jour de son admission, cette femme exécutait toutes ses fonctions de la manière la plus naturelle. Interrogée successivement sur chacun de ses organes, elle répondit ne souffrir nulle part, et ne donna aucun signe de douleur à la pression exercée dans diverses régions. L'état d'idiotisme sénile de la femme Chevalier, ne nous permit pas de nous livrer à une entière sécurité, d'autant moins que la face nous paraissait profondément altérée. En effet, le lendemain nous trouvâmes tout le côté droit de son corps dans une immobilité et une insensibilité presque complètes. La pupille de l'œil droit était immobile. Cet état subsista et fit des progrès pendant quelques jours; une escharre gangreneuse survint au sacrum. La malade s'affaiblit, et mourut le 2 juin, à sept heures du soir.

Ouverture du corps.

Un épanchement de sang occupant presque toute l'étendue du côté gauche de la tête, était renfermé entre la face interne de la dure-mère et la face externe de l'arachnoïde qui lui adhère. Cet épanchement avait environ sept pouces de longueur, trois pouces de largeur vers la partie moyenne, et environ trois lignes d'épaisseur. Le sang, qui semblait être renfermé dans une espèce de poche, était épais et d'un jaune brunâtre; il paraissait être épanché depuis quelques jours. La partie de l'arachnoïde cérébrale qui correspondait à l'épanchement était intacte, ainsi que la pie-mère sous-jacente; mais le cerveau était concave vers cet endroit. Toutes les circonvolutions étaient effacées. Cet hémisphère était réduit presque à la moitié de son volume. La substance du cerveau et du cervelet était parfaitement saine.

Le poumon gauche présentait une dégénérescence cancéreuse, de la grosseur d'une noix. Des incrustations osseuses tapissaient l'aorte.

Les intestins avaient contracté d'anciennes adhérences avec le péritoine. L'utérus était parsemé de corps fibreux.

Il nous semble impossible de distinguer cette maladie du ramollissement : même marche graduelle dans les symptômes, identité de ces symptômes. Les signes précurseurs manquent en effet, mais cela

arrive souvent dans le ramollissement. D'ailleurs, l'idiotie sénile pouvait en tenir lieu, ou empêcher la malade de rendre compte de ceux qu'elle aurait pu éprouver. Par le fait, il était, je pense, impossible qu'il en existât, un travail antérieur n'étant pas nécessaire pour la production de l'épanchement. Cette observation confirme d'ailleurs tous les principes que nous avons posés : la maladie est bornée à un côté, et ne comprime qu'un lobe; les symptômes sont aussi bornés. L'épanchement a augmenté graduellement; les symptômes ont augmenté de la même manière. Il est à regretter que l'état de l'intelligence n'ait pas été noté vers les derniers jours; il est très vraisemblable que la perte en a été graduelle et complète vers cette époque, et que le coma et la résolution des membres se sont montrés dans les derniers momens. La rareté d'une pareille maladie ne doit pas faire redouter de la confondre avec le ramollissement.

XCIe OBSERVATION (1).

Epanchement de sang considérable entre le feuillet séreux qui tapisse la dure-mère et l'arachnoïde.

Marguerite Henrion, âgée de 63 ans, d'une taille moyenne, douée d'un tempérament sanguin, et d'une bonne constitution, entra à la Salpêtrière le 3 septembre 1814, affectée d'hémiplégie du côté droit,

(1) Par M. Droullin.

et offrant une altération très marquée des facultés intellectuelles. Depuis cette époque, elle a éprouvé de fréquentes indigestions, suivies de vomissemens, qui ont eux-mêmes causé plusieurs congestions cérébrales, pour lesquelles Henrion est entrée à l'infirmerie, dont elle était sortie, très bien guérie, le 3 septembre 1822. Elle se persuade alors, sans nul motif, qu'on va l'envoyer dans la division dite des *gâteuses* : elle en éprouve une si violente contrariété, malgré tout ce qu'on fait pour la dissuader, que le 5 du même mois, vers sept heures du matin, elle perd tout à coup connaissance; la face devient rouge, vultueuse; les artères temporales et carotides battent avec force; le respiration devient râlante, sonore, courte et embarrassée. Le pouls est fréquent, fort et développé : il existe en même temps paralysie et insensibilité de tous les membres. La saignée, les sangsues, les laxatifs et les dérivatifs sont inutilement mis en usage; la maladie continue de faire des progrès, et Henrion succombe le 7 à midi.

L'autopsie en est faite le 9 à sept heures du matin.

Crâne. A l'ouverture du crâne on remarque une forte injection des vaisseaux extérieurs de la dure-mère : celle-ci est brune-noirâtre; l'ablation totale de la calotte osseuse est suivie d'une effusion considérable de sang demi-liquide, due à la perforation de la dure-mère. Cependant le gonflement et la tension de cette membrane persistant du côté *gauche*, incisée en cet endroit, on trouve une énorme quantité de sang noir coagulé, entre le feuillet séreux qui la ta-

pisse, et l'arachnoïde. La quantité de sang accumulé en cet endroit est plus que suffisante pour remplir deux verres ordinaires. Ce sang forme une masse dans laquelle on trouve des caillots plus durs les uns que les autres. Il y en a deux principaux, mais le premier d'entre eux est d'une consistance et d'un volume beaucoup moindres que le second. Ce dernier présente, vers son milieu, un noyau d'une consistance remarquable, qui, lavé, offre une largeur irrégulière, égalant à peu près celle d'une pièce de trente sous; son épaisseur peut avoir trois à quatre lignes. Il est impossible de l'écraser sous les doigts; son tissu, comme organisé, renferme trois petits vaisseaux bien distincts, desquels suinte, par la pression, un liquide sanguinolent. Les vaisseaux de l'arachnoïde sont parsemés d'une quantité prodigieuse de nodosité, comme cartilagineuses, qui oblitèrent leur capacité; d'autres points sont mous, assez analogues aux renflemens ganglionaires. La quantité de sang épanché a refoulé l'hémisphère gauche sur le droit, de manière à comprimer fortement ce dernier; le sang a même pénétré sous la base de l'hémisphère gauche, et un peu autour du cervelet. La substance cérébrale paraît d'ailleurs très saine.

Poitrine. Les plèvres n'ont présenté aucune trace d'altération. Les poumons étaient sains, et très crépitans; le cœur était dans des proportions naturelles, relativement à la stature du sujet.

Abdomen. L'estomac et les intestins, ouverts dans toute leur longueur, n'ont offert aucune trace de

phlegmasie. Les autres organes contenus dans cette cavité sont parfaitement sains.

XCII^e OBSERVATION (1).

Endurcissement comme cartilagineux de la substance cérébrale, avec épanchement de sang entre la dure-mère et l'arachnoïde.

Marie-Victoire Dussaret, veuve Dordu, âgée de 76 ans, d'une petite stature, faiblement constituée, douée d'un tempérament sanguin et d'un embonpoint très considérable, entra à l'infirmerie le 12 septembre 1821, accusant de vives douleurs dans toute la tête, douleurs qui n'ont pu être calmées par aucuns moyens, et qui ont peu à peu affaibli sa raison, au point que, depuis quelques mois, cette malade conserve seulement la faculté de demander ce qui lui est nécessaire. L'intelligence n'est pas la seule lésion qui existe : les mouvemens sont en même temps devenus difficiles, de sorte que la malade peut à peine marcher, et porter ses bras à sa tête. Le 5 août 1822, ces symptômes, qui étaient en quelque sorte restés stationnaires, ont acquis une nouvelle intensité. Des engourdissemens et des douleurs se sont fait sentir dans les membres, et les mouvemens sont devenus moins faciles.

Le 6 août, vers cinq heures du soir, Dussaret est

(1) Par M. Droullin.

prise tout à coup de convulsions épileptiformes, avec perte de connaissance; elle pousse des cris; sa figure, d'abord pâle, devient rouge, la bouche écumeuse, ses traits se décomposent, et les yeux, fortement portés en haut, ne laissent apercevoir que le blanc. Le chirurgien de garde appelé, pratique aussitôt une saignée d'une palette; et les accidens cessent.

Le 7, les membres sont un peu contractés, les mouvemens difficiles, surtout du *côté gauche.* Quand on demande à la malade où elle souffre, elle s'efforce de porter son bras droit à sa tête, et indique ensuite que le bras et la jambe de ce côté sont aussi le siége de ses douleurs. La langue est rouge, sèche; la pression sur l'épigastre douloureuse; les évacuations faciles. La respiration est bonne, le pouls régulier, mais un peu fréquent, et la peau chaude. (Prescription : *Sinapismes aux mollets, vésicatoire à la nuque, boisson laxative.*)

Le 8, le vésicatoire a bien pris, la malade entend mieux et s'exprime plus facilement; mais les mouvemens sont toujours très gênés, il y a soif; la langue est rouge, l'épigastre un peu douloureux, le ventre libre, le pouls petit et fréquent, la peau chaude. (Prescription : *Entretenir le vésicatoire, même boisson.*)

Le 9. La malade est tombée cette nuit dans un état comateux très profond; il y a résolution des membres; les yeux sont fermés, les pupilles immobiles et très dilatées, la bouche est béante, la langue rouge et sèche; il y a insensibilité de toutes

les parties du corps. Dussaret n'a pas uriné depuis hier; elle n'a pas non plus été à la garde-robe. La respiration est laborieuse, le pouls fort, fréquent, et la peau chaude. (Prescription : *Idem.*)

Le 10. Cet état a persisté jusqu'à cinq heures du soir; alors il est survenu un peu de hoquet, et la malade a cessé de vivre sans présenter rien de particulier.

L'autopsie a été faite le 11, à neuf heures du matin.

Crâne. Le crâne enlevé, nous avons vu la dure-mère couverte d'une multitude de gouttelettes de sang, résultat de la rupture des vaisseaux adhérens à la boîte osseuse. La dure-mère incisée, nous avons trouvé, entre elle et l'arachnoïde, un épanchement de sang, large comme la paume de la main et de l'épaisseur d'un sou, comprimant la partie supérieure des deux hémisphères. L'arachnoïde était aussi soulevée par de la sérosité transparente. La substance corticale présentait deux couches bien distinctes : l'une très rose, et l'autre un peu plus pâle. La substance blanche était aussi injectée; mais elle offrait une dureté approchant de celle des cartilages. Cette dureté était plus prononcée dans l'hémisphère droit, qui présentait une couleur marbrée. On pouvait tirer fortement sur les nerfs optiques sans les rompre. La pression la plus forte avec les doigts ne pouvait les endommager; il en était de même de la protubérence annulaire.

Poitrine. Tous les organes contenus dans cette cavité étaient parfaitement sains.

Abdomen. L'estomac était un peu rouge; le reste du canal intestinal n'offrait aucune trace d'altération. Il en était de même de tous les autres organes.

§ VI. *Cancer du cerveau.*

Cette maladie n'étant pas très rare, il nous semble important d'en tracer exactement les caractères, afin de prévenir les erreurs de diagnostic. Dans le principe, le malade éprouve des douleurs de tête lancinantes, revenant par accès, et correspondantes à la partie affectée. Le malade pousse des cris ou des gémissemens; la tête lui semble sur le point de se fendre; ces accès, d'abord éloignés de plusieurs mois, se manifestent ensuite à des époques plus rapprochées, et finissent par devenir journaliers, et presque continuels. La paralysie, les convulsions, l'épilepsie, la manie et l'idiotisme, se déclarent à une certaine époque de la maladie, ainsi qu'on l'a vu dans l'observation de la femme Gérard. Les membres paralysés sont aussi le siége de douleurs très vives, *lancinantes*, bien différentes de celles du ramollissement. La peau des malades est d'un jaune-paille qui caractérise les affections cancéreuses. La marche de la maladie est bien plus lente que celle du ramollissement. Celui-ci finit, au reste, par se joindre au cancer du cerveau; à l'ouverture, on trouve la partie qui entoure le cancer manifestement ramollie et pultacée. Ce cas se rapporte parfaitement à ce que nous avons dit déjà, c'est-à-dire, qu'à la fin des ma-

ladies organiques; la nature développe autour des altérations un travail inflammatoire. Il n'est pas surprenant qu'à cette époque il soit difficile de distinguer les signes du cancer d'avec ceux du ramollissement, puisque ces deux maladies coexistent. Cependant, si le malade a éprouvé dans la tête des douleurs lancinantes, intermittentes, et très vives, depuis plusieurs années; s'il a ressenti des douleurs analogues dans les membres paralysés; si sa peau a présenté la couleur cancereuse; s'il porte dans quelque partie du corps quelque autre cancer, on pourra reconnaître qu'il existe un cancer du cerveau. Alors, s'il vient se joindre des symptômes fébriles, avec les signes que nous avons attribués au ramollissement, si l'état du malade s'aggrave rapidement, on devra fortement présumer que le ramollissement s'unit au cancer du cerveau.

XCIIIe OBSERVATION (1).

Cancer du cerveau, avec ramollissement et hémorrhagie cérébrale.

Magdeleine-Thérèse Baillet, âgée de 64 ans, douée d'un tempérament lymphatique, est d'une taille moyenne et d'une constitution encore bien conservée. Elle habite la Salpêtrière, où elle fut admise en 1819, pour cause de surdité. Cet état ne nous ayant

(1) Par M. Droullin.

pas permis d'obtenir d'elle tous les renseignemens que nous aurions désirés, voici ce que nous ont appris les personnes avec lesquelles elle travaillait journellement. Depuis long-temps Baillet est paralysée de la *jambe droite;* ses bras sont parfaitement libres. La vue, la parole, l'intelligence ne sont nullement altérées, et elle n'était point sujette aux céphalalgies, lorsqu'il y a environ quatre mois, elle commença à se plaindre de douleurs de tête, douleurs *lancinantes* non continues, revenant par intervalle; à cet état se joignent bientôt des étourdissemens si fréquens, que cette femme serait tombée un grand nombre de fois, si ses compagnes ne l'avaient pas soutenue aussitôt qu'elle en était affectée. Telle était sa position, lorsque la veille du 1er janvier 1823, elle perd tout à coup connaissance; la face devient rouge, vultueuse. Transportée à l'infirmerie, elle reste à peu près un quart d'heure dans cet état, et recouvre ensuite tous ses sens et les mouvemens dont elle jouissait auparavant; mais, à dater de ce moment, ses douleurs sont devenues plus vives, et se sont continuellement fait sentir. En même temps il s'est manifesté des fourmillemens, des engourdissemens dans les membres; de plus, elle a deux ou trois fois chaque jour éprouvé des convulsions épileptiformes avec perte de connaissance. Ces attaques, pendant lesquelles il y avait claquement des dents, roideur, contracture des membres avec injection violette de la face, duraient ordinairement une demi-heure, après quoi la malade recouvrait sa connaissance, et le visage pâlis-

sait. Les fonctions organiques s'exécutaient d'ailleurs assez bien. Tel était son état, lorsque, le 31 janvier, elle tombe tout à coup dans un carus profond, dont aucun moyen ne peut la tirer. La face offre une teinte jaunâtre, les joues ne sont point paralysées, les traits sont réguliers, les yeux fermés; les pupilles médiocrement dilatées et d'égale grandeur, ne paraissent pas contractiles. Les membres sont dans une résolution et une insensibilité complètes; le pouls est petit et fréquent. Il existe une odeur de souris très prononcée. La peau est d'une température ordinaire, et un peu moitte. La respiration s'entend très bien dans toute la partie antérieure de la poitrine; elle est faible en arrière.

(La malade avait rendu une si grande quantité de liquide, que son oreiller en était traversé.)

Des sinapismes furent appliqués aux mollets, mais inutilement; le carus a persisté toute la nuit, et Baillet a succombé à quatre heures du matin.

Ouverture du corps, faite trente heures après la mort.

Le crâne enlevé, la dure-mère n'offre rien de remarquable; l'arachnoïde et la pie-mère ne contiennent pas de sérosité; les circonvolutions du cerveau sont aplaties comme dans le cas où ce viscère est le siége d'un épanchement de sang considérable. Cet état s'observe surtout vers la partie antérieure et supérieure des deux hémisphères. Le droit ayant été coupé horizontalement dans ce même point, on aperçoit la substance cérébrale ramollie, et présen-

tant des marbrures rosées. D'autres sections ayant été pratiquées, il est facile de voir que le ramollissement devient de plus en plus étendu et prononcé. Enfin, on arrive à une tumeur évidemment cancéreuse, située principalement en dedans et au-dessus du ventricule latéral; sa forme ovoïde la fait prendre d'abord pour le corps strié : elle présente une couleur rouge foncé dans certains points et grisâtre dans d'autres. Sa consistance ne varie pas moins; elle est tantôt molle, tantôt résistante; le corps calleux, le septum lucidum participent à cet état cancéreux, mais à un plus faible degré; la partie antérieure interne de l'hémisphère gauche est d'une très grande fermeté, crie sous le scalpel, et a subi la même dégénérescence lardacée; la surface de la section est légèrement rosée et comme luisante. Dans une de ces sections, nous rencontrons un petit vaisseau ossifié, dont l'extrémité offre au doigt la sensation que causerait un fil d'archal; la couche optique du côté droit est parfaitement saine; le corps strié de ce côté est le siége d'un épanchement de sang qui a pénétré tout son tissu; on trouve la couche optique gauche également saine; le corps strié de ce côté est diminué de volume, et présente dans son intérieur une cicatrice qu'on observe à la suite des hémorrhagies cérébrales.

Le cervelet n'offre rien de particulier.

Poitrine. Les plèvres n'ont éprouvé aucune altération; les poumons sont très crépitans en avant et engoués en arrière; le cœur est peu volumineux et d'une flaccidité étonnante.

Abdomen. L'estomac, les intestins, ainsi que les autres organes contenus dans cette cavité, n'ont rien présenté à noter.

Ainsi que les cancers des autres organes, celui du cerveau est quelquefois indolent, comme on peut le voir dans l'observation suivante, recueillie par M. Georget, auteur de deux ouvrages où l'on trouve des pensées hardies et originales (1). On conçoit que dans ces cas exceptionnels et fort rares, sans doute le diagnostic serait plus obscur. Dans l'intérêt de la vérité, il est bon que ces cas soient signalés.

XCIVe OBSERVATION (2).

Une dame âgée de 77 ans, forte, bien constituée, ayant un embonpoint plus qu'ordinaire, buvant généralement des liqueurs alcooliques avec excès, fut prise, dans les premiers jours de juillet 1822, de mouvemens convulsifs violens dans le bras gauche, sans perte de connaissance. Cet état dura environ vingt-cinq minutes; aucune douleur de tête, ni avant, ni pendant, ni après cette attaque; pas de souffrance dans le bras convulsé. — Forte saignée, pédiluves; applications froides sur la tête. — Les mouvemens du bras restent plus faibles. — Troisième jour, nouvelle et semblable attaque. — Mêmes remèdes. —

(1) *De la Folie; Recherches sur le Système nerveux*, etc.

(2) Communiquée par M. le docteur Esquirol, médecin de l'hospice de la Salpêtrière; etc.

Pilules purgatives. — Pas davantage de douleur. — Toujours un peu de faiblesse dans le bras; les deux jambes sont intactes.—Pendant environ deux mois et demi, ces attaques se sont répétées tous les deux ou trois jours; vers la fin, la malade a commencé à traîner la jambe gauche (du même côté que le bras); en montant un escalier, elle ne franchit chaque marche qu'en portant la droite la première en avant. — Pas de douleur de tête, appétit passable, embonpoint ordinaire, sommeil profond. — Médication moins active, vu le grand âge de la malade. — Quelques excès de vin provoquent quelques attaques plus violentes et plus rapprochées. — Vers le quatrième mois, convulsions rares, mais faiblesse plus grande des mouvemens du bras et de la jambe. — Parole embarrassée. — Bientôt plus de convulsions, hémiplégie complète, parole difficile, puis impossible. — La malade conserve cependant toute sa connaissance; elle mange un peu, et digère. — Les membres paralysés s'œdématient, les autres conservent le mouvement et l'apparence de la santé. — Vers le huitième mois, la région sacrée s'ulcère. — La peau du visage est jaunâtre et bouffie. — Mort à la fin du onzième.

Ouverture de la tête. Masse cancéreuse, d'un tissu consistant, jaunâtre, lardacé, plus volumineux qu'un gros œuf de canne, multilobulée, occupant la plus grande partie du lobe postérieur, presque tout le lobe moyen et une partie du lobe antérieur de l'hémisphère droit du cerveau avoisinant la couche optique, envoyant un lobule sous le corps strié, gagnant l'ex-

térieur du lobe moyen, envahissant les méninges, et allant même derrière la dure-mère jusqu'à l'os, lequel est rugueux et chagriné à cet endroit. Cette dernière disposition est assez singulière; la dure-mère, restée à peu près saine, séparait ainsi deux masses cancéreuses, dont l'une très petite, auxquelles elle adhérait intimement. — Couche optique de ce côté entièrement ramollie.—Corps strié moins désorganisé. — Environs du cancer ramollis. — Reste sain.

§ VII. *Tumeurs fongueuses de la dure-mère.*

En lisant attentivement le Mémoire de Louis sur les tumeurs fongueuses de la dure-mère, on s'étonne de ce qu'une pareille altération ne donne lieu à aucun symptôme caractéristique avant de se montrer au dehors. On pourrait croire que la tumeur extérieure a seule attiré son attention, si l'on pouvait révoquer en doute l'exactitude de cet homme justement célèbre. Dans vingt observations qu'il publie, on en trouve deux ou trois seulement, dont les sujets ont présenté quelques signes précurseurs; deux de ces individus étaient atteints d'épilepsie, un autre avait perdu la mémoire; la plupart avait éprouvé des douleurs de tête opiniâtres, lancinantes; mais aucun n'avait donné des signes de compression du cerveau; aucune paralysie des sens ou des membres n'avait précédé cette lésion. La femme qui fait le sujet de la dixième observation, éprouva des dou-

leurs au bras droit, puis dans les membres inférieurs, qui finirent par se paralyser; mais une tumeur pulsative, offrant tous les caractères du fongus de la dure-mère, existait déjà depuis long-temps. Dans la description que M. Boyer donne de cette maladie, il dit positivement qu'avant l'apparition de la tumeur, il n'existe aucun signe qui puisse la faire reconnaître. Je crois que la lenteur avec laquelle se développe cette affection est la seule cause de l'absence des symptômes; le cerveau s'habitue à la compression graduelle. Cette maladie ne donnant lieu avant son éruption au dehors, à aucun accident remarquable et constant, il est difficile de la confondre avec le ramollissement; et après la manifestation de cette tumeur, l'erreur de diagnostic serait tout-à-fait impardonnable.

§ VIII. *Acéphalocystes.*

Je n'ai vu qu'une fois une tumeur hydatiforme dans le cerveau; M. le professeur Pinel était présent à l'ouverture. Cette tumeur, qui avait son siége dans le ventricule latéral gauche, était séparée du plexus choroïde et avait le volume d'un œuf de poule. Cette maladie avait marché avec une extrême lenteur et avait donné lieu, vers la fin, aux symptômes *généraux* de compression. Les observations de ce genre sont extrêmement rares, il est par conséquent impossible de s'élever à la description générale des

symptômes que cette maladie pourrait occasionner, et par suite d'établir un parallèle entre elle et le ramollissement. L'expérience devant toujours précéder le raisonnement, il serait peu sage d'établir sur des probabilités, d'après les principes que nous avons donnés, les différences qui pourraient se présenter. Si le lecteur en est pénétré, il pourra lui-même en faire les applications. Il est d'ailleurs peu à craindre de tomber dans une pareille méprise, cette maladie étant d'une extrême rareté.

XCVe OBSERVATION (1).

Hydatide développée dans la partie inférieure du lobe moyen, avec complication de ramollissement dans le même endroit, et à la partie supérieure de l'hémisphère gauche.

Thérèse Vieillard, âgée de 70 ans, d'un tempérament sanguin et d'une constitution forte et pléthorique, habite la Salpêtrière depuis le 5 juillet 1819. La petit-vérole, dont elle fut affectée à l'âge de 5 ans, a causé chez elle la perte de l'œil gauche, sans cependant laisser aucune trace visible d'altération. Réglée pour la première fois à 19 ans, elle a cessé de l'être à 50. A dater de cette époque, elle a plusieurs fois éprouvé des symptômes de pléthore, tels que des éblouissemens, des vertiges et des tintemens d'o-

(1) Par M. Droullin.

reille; elle est, de plus, sujette à des palpitations, des étouffemens l'hiver, ce qui fait présumer une affection organique du cœur. A tous ces symptômes, s'en sont joints d'autres non moins alarmans. Vieillard éprouve depuis quelques jours des engourdissemens et des fourmillemens dans les membres, surtout du côté droit; les tintemens d'oreille sont aussi devenus plus fréquens, lorsque le 26 août au matin, elle tombe tout à coup sans connaissance, la bouche déviée à gauche, le bras et la jambe droits engourdis, et les mouvemens très difficiles. La perte de connaissance n'a pas duré plus d'un quart d'heure; mais l'engourdissement a persisté environ un jour; c'était dans cet état qu'elle fut portée à l'infirmerie, et que nous la vîmes à la visite du matin 27 août. Depuis, la malade a plusieurs fois été affectée de vertiges et d'accidens analogues, avec une difficulté extrême dans la prononciation. Le pouls est fort, tumultueux, et les battemens du cœur très étendus et superficiels; la respiration est naturelle, et il n'existe aucun signe d'affection gastrique; les évacuations se font bien. (Prescription : *saignée de 3 palettes, sinapismes aux pieds, lavement laxatif, chicorée édulcorée avec miel.*)

Le même état persiste jusqu'au 1er septembre.

1er septembre. La malade ne parle plus; quatre fois cette nuit elle a éprouvé des attaques épileptiformes avec perte de connaissance et vomissemens de matières jaunâtres; cependant, la vue et l'ouïe paraissent intactes, et les mouvemens sont encore

assez libres. L'élève de garde qui a été appelé, a pratiqué une saignée de 4 palettes, des sinapismes ont été appliqués aux mollets, et un vésicatoire à la nuque; le pouls est encore assez développé, mais facile à déprimer; la bouche est toujours déviée à gauche. (*Même boisson.*)

2. La malade est un peu mieux; elle rend compte de son état; la tête est toujours embarrassée, la parole difficile, la bouche moins tournée, les mouvemens plus faciles, le pouls assez développé et un peu fréquent. (*Même prescription.*)

3 et 4. Depuis deux jours, la malade est dans un délire continuel; elle éprouve en même temps comme un resserrement de la mâchoire inférieure; la parole est grêle; les autres fonctions se font bien; le pouls est petit, accéléré. (Prescription : *un bain de pieds avec quatre onces d'acide nitro-muriatique, même boisson.*)

5. Le bain de pieds a déterminé des escharres aux jambes; mais il a opéré une dérivation; la malade a recouvré un peu sa raison; elle parle avec plus de facilité; le pouls est un peu développé et fréquent; les évacuations se font bien. (*Même boisson.*)

6. Les membres peuvent encore exécuter quelques légers mouvemens; mais ils sont *contractés, insensibles* et *affectés de convulsions;* la peau est chaude, le pouls développé, la langue, en sortant, se dévie à droite; les mâchoires contractées exécutent des mouvemens comme dans une attaque d'épilepsie. (Prescrip. : *lavement purgatif,* 15 *sangsues à l'anus.*

7. La maladie fait des progrès, les battemens du cœur sont forts, tumultueux, le râle trachéal est très prononcé, la prostration des forces manifeste, la perte de connaissance complète, les membres supérieurs paralysés et insensibles, le tronc et les extrémités inférieures sont le siége de mouvemens convulsifs qui les portent alternativement en dedans et en dehors, la chaleur est brûlante, surtout à la tête; les matières stercorales et les urines sont rendues involontairement. On applique 15 sangsues aux tempes; leur effet paraît avantageux; mais ce mieux n'est que momentané; la malade expire dans la journée.

Autopsie faite le 9, *à sept heures du matin.*

Le crâne enlevé, la dure-mère incisée, on voit l'arachnoïde épaissie, et adhérente dans plusieurs endroits, et notamment à la partie supérieure et moyenne de l'hémisphère gauche près la grande scissure interlobaire; l'adhérence détruite, on trouve le cerveau *ramolli* dans la largeur d'une pièce de dix sous au plus et très superficiellement. Dans ce point, la substance corticale est plus jaune que partout ailleurs. Le cerveau enlevé et renversé, on remarque sur la couche des nerfs optiques un prolongement membraniforme d'une couleur fauve, renfermant une très petite quantité d'un liquide comme visqueux, demi-transparent. En suivant cette espèce de membrane, on voit qu'elle se dirige obli-

quement à droite, entre le lobe moyen et le lobe antérieur, et s'enfonce assez profondément dans la scissure de Sylvius. Après trois pouces de trajet, elle adhère à la pie-mère et forme là un renflement à peu près de la grosseur d'une petite fève de haricot. L'intérieur de ce petit kyste est parcouru par la membrane déjà citée, qui n'offre avec lui que de faibles adhérences. Elle se continue ensuite, et gagne la partie interne du lobe moyen, ce qui fait en tout environ cinq pouces de trajet; après quoi elle pénètre dans la partie inférieure du lobe moyen, où elle prend naissance dans une espèce de poche de la grosseur d'une petite noix, offrant des parois organisées; l'intérieur de ce kyste contient un liquide analogue à celui dont j'ai parlé : la partie du cerveau qui renferme ce kyste est le siége d'un *ramollissement* assez étendu, qui se confond insensiblement avec la substance cérébrale.

Poitrine. Les plèvres et les poumons sont parfaitement sains; mais le cœur est volumineux et hypertrophié; les valvules sigmoïdes de l'aorte sont ossifiées.

Abdomen. Tous les organes contenus dans cette cavité nous ont paru en bon état.

§ IX. *Tubercules du cerveau.*

On croirait, au premier abord, que les tubercules du cerveau doivent donner lieu à des symptômes dépendans de l'organe qu'ils affectent; qu'ainsi la paralysie, les convulsions, l'insensibilité des mem-

bres, etc., la perte de l'intelligence, devraient être les phénomènes qu'ils occasionnent. Il n'en est cependant pas ainsi, à en juger par les observations de cette maladie, qui ont été publiées jusqu'à ce jour. Il est vrai que cette affection étant fort peu commune, il est impossible de dire si ces signes n'existent jamais. Les signes observés jusqu'à présent sont une céphalalgie très intense, et surtout un vomissment opiniâtre qui absorbe toute l'attention de l'observateur le plus réfléchi; la faiblesse des mouvemens, les étourdissemens, l'impossibilité de se tenir debout, ne sont que des signes généraux et communs qui pourraient à peine faire soupçonner que le cerveau est malade. L'opiniâtreté du vomissement sans signes locaux n'est qu'un phénomène négatif de peu de valeur. Il est donc impossible de confondre cette maladie avec celle dont nous traitons; il est bien difficile de la reconnaître lorsqu'elle existe. Cette maladie doit aussi rentrer dans les cas rares; il y a donc peu d'inconvéniens à ne pas la reconnaître. M. Chomel a publié une observation de ce genre, trop intéressante pour qu'elle ne trouve pas sa place à la suite de ce paragraphe.

XCVI[e] OBSERVATION (1).

Tubercules dans le cerveau coexistant avec un vomissement opiniâtre sans lésion dans le tissu de l'estomac.

Françoise Franchebois, cuisinière, âgée de 30 ans, entra à l'hôpital de la Charité dans le mois d'octobre 1815.

Douée d'une constitution assez forte, d'un tempérament nerveux, d'un caractère doux et d'une sensibilité vive, cette fille avait toujours eu une conduite régulière ; elle n'avait fait aucune espèce d'excès ; elle était bien réglée et avait joui habituellement d'une bonne santé, jusqu'au mois de janvier 1815.

A cette époque, elle commença à éprouver, sans cause connue, quelque dérangement dans ses fonctions ; l'occiput devint le siége d'une douleur d'abord légère, qui augmenta progressivement d'intensité, et se fit sentir ensuite à la région frontale. Dans le même temps, l'appétit et les forces diminuèrent ; il survint du dévoiement et de la toux, et la malade, obligée de suspendre ses occupations, se décida à entrer à l'hôpital de la Charité. Quinze jours après, la toux et le dévoiement avaient disparu ; mais cette amélioration ne fut que momen-

(1) Par M. Chomel, médecin de la Charité, et l'un des plus distingués de l'époque actuelle.

tanée ; bientôt la malade éprouva du dégoût pour les alimens, de la douleur à l'épigastre, et des vomissemens qui, depuis cette époque, ne cessèrent jamais complètement. Elle prit, pendant plusieurs semaines, et sans aucun avantage, des boissons acidulées et légèrement laxatives; un vomitif, qui lui fut prescrit, ne produisit aucun changement, soit en bien, soit en mal.

A dater du mois de mars 1816, toute espèce d'alimens fut rendue par le vomissement, à l'exception du lait et de la solution sucrée de gomme arabique. Ces deux boissons devinrent dès-lors les seuls alimens de la malade, encore étaient-ils rejetés plusieurs fois chaque jour.

L'opiniâtreté de ces vomissemens, contre lesquels beaucoup de moyens avaient été successivement employés, tels que les potions anti-émétiques et anti-spasmodiques, les sangsues et les rubéfians à l'épigastre, les lavemens purgatifs, etc., etc., attirèrent plus particulièrement mon attention. Le 28 mai, j'interrogeai de nouveau la malade dans le plus grand détail ; voici les symptômes qu'elle présentait.

Elle éprouvait dans l'épigastre, plus à droite qu'à gauche, une douleur constante qui augmentait par l'abaissement du diaphragme et par la pression extérieure, une chaleur habituelle qui s'étendait entre les épaules, et un sentiment de constriction qui devenait plus incommode après l'introduction des alimens dans l'estomac. Elle ne pouvait prendre à la fois qu'une très petite quantité d'alimens li-

quides, deux à trois onces au plus. Lorsqu'elle en avalait le double, elle en rejetait la moitié au même instant. Quelque petite que fût la quantité qu'elle eût prise, elle éprouvait dans l'estomac une sorte de tournoiement passager auquel succédait une pesanteur incommode; cette dernière sensation durait environ un quart d'heure; toutes les fois qu'une nouvelle dose de boissons avait été prise avant que cette pesanteur eût cessé, elle était rejetée de suite par le vomissement. La malade se plaignait aussi de quelques rapports gazeux et liquides : les premiers étaient inodores, les seconds ordinairement insipides, et quelquefois amers. Elle éprouvait une soif presque continuelle; elle se plaignait encore d'un peu de douleur vers l'ombilic, de borborygmes et d'une constipation opiniâtre; elle était quelquefois trois semaines sans aller à la selle; les lavemens produisaient dans l'épigastre une sensation si pénible, que la malade ne se décidait à en prendre que bien rarement. La région épigastrique et le reste de l'abdomen, explorés à plusieurs reprises avec la plus grande attention, n'offraient au toucher aucune tumeur, aucune rénitence, même obscure.

Du reste, la maigreur, qui était médiocre au moment de son admission à l'hôpital, n'avait pas augmenté; le teint était clair, la physionomie naturelle. La malade se levait chaque jour pendant une ou deux heures; quelquefois, étant assise, elle éprouvait des nausées et des sueurs passagères qui l'obligeaient de se remettre au lit; elle ne pouvait

rester debout sans avoir des étourdissemens. Elle ne dormait pas plus de deux heures chaque nuit. Depuis quinze jours le mal de tête avait reparu, et occupait le front.

La respiration était libre, le pouls petit, la peau fraîche, l'urine pâle et souvent aqueuse; il y avait, par intervalles éloignés, quelques légers mouvemens fébriles.

Elle prenait en 24 heures, une pinte d'eau de gomme, une livre de lait, quelques tranches d'orange, et une ou deux cuillerées de gelée de groseilles ou de pomme.

L'état de la malade fut à peu près le même pendant deux mois; de temps à autre les vomissemens devenaient plus fréquens, et pendant plusieurs jours le lait et l'eau de gomme étaient rejetés aussitôt après avoir été pris, même à la dose d'une cuillerée.

Le 19 juillet, il survint un dévoiement passager, à la suite duquel le ventre offrit un peu de ballonnement; la maladie reprit ensuite sa forme accoutumée.

Depuis cette époque jusqu'au mois de février 1817, l'état de la malade offrit peu de changemens importans. Les vomissemens persistèrent avec une intensité variable, ainsi que la douleur épigastrique; la digestion devint de plus en plus difficile, et la malade fut obligée de diminuer progressivement la quantité de ses alimens : dans le commencement de 1817 elle ne s'élevait pas au-delà de quelques onces pour toute la journée. La constipation habituelle fut

plusieurs fois interrompue par un dévoiement passager. Les maux de tête persistèrent, le teint resta clair, la maigreur n'augmenta point; il y eut par intervalles de l'oppression ; le mouvement fébrile se reproduisit à plusieurs reprises, et persista une fois pendant quinze jours.

J'employai pendant ce long espace de temps, des moyens variés. Des ventouses sèches, des emplâtres de thériaque et d'opium furent plusieurs fois appliqués sur l'épigastre; des fomentations émollientes furent placées sur l'abdomen; le muse, l'opium, l'oxide de bismuth, la poudre de columbo, furent administrés à l'intérieur. Quelques-uns de ces remèdes parurent apporter un soulagement, mais bientôt leur insuffisance obligea de recourir à d'autres qui ne produisirent pas de meilleurs effets. On exerça la pression sur l'épigastre, dans un point où la ligne blanche offrait moins de résistance qu'ailleurs, sur le soupçon qu'une petite hernie pouvait entretenir des accidens de ce genre.

Enfin, vers le milieu de février, les maux de tête devinrent plus violens, et le 24 de ce mois, la malade se sentit tout à coup très mal; elle fit entendre quelques plaintes et perdit connaissance; le pouls s'affaiblit, la respiration devint râleuse, et la mort eut lieu le soir même. Les facultés intellectuelles avaient été parfaitement libres jusqu'à ce jour.

Ouverture du cadavre.

L'habitude extérieure présentait cela de remarquable, que, malgré la longueur de la maladie et l'abstinence presque complète d'alimens, la maigreur n'était que médiocre. Le tissu adipeux contenait encore une certaine quantité de graisse; il formait dans la région fessière une couche d'environ un pouce d'épaisseur.

L'abdomen ayant été ouvert, l'estomac n'offrit aucune altération remarquable, soit dans sa couleur, soit dans son tissu, ou dans son volume. Il n'y avait aucune lésion de l'œsophage, aucune trace de hernie à la ligne blanche.

Les poumons contenaient un certain nombre de granulations brillantes, demi-transparentes, d'une à deux lignes de diamètre, plus rapprochées vers le sommet de ces viscères qu'à leur base.

Le cerveau, mis à nu et coupé par tranches, offrit dans son tissu environ trente ou quarante petits corps arrondis, semblables pour la couleur, le volume et la consistance, au crystallin humain; il y en avait deux pareils dans le cervelet, et un dans la moelle épinière, au niveau de la dernière vertèbre dorsale. Dans plusieurs points du cerveau, on trouva de petits abcès, du même volume que ces corps pisiformes, et qui parurent être produits par leur ramollissement.

Une sorte d'analogie entre ces corps pisiformes

et les granulations trouvées dans le poumon, conduisit à examiner de nouveau et de plus près les autres viscères. Des granulations très petites et transparentes furent reconnues à la surface du foie et dans son parenchyme, en nombre assez considérable pour qu'on en vît plusieurs dans quelque endroit qu'on l'incisât. Dans la rate et dans les reins on distingua aussi des granulations semblables, mais plus petites encore que celles du foie.

Le péritoine qui tapisse la moitié gauche du diaphragme, était aussi couvert de granulations; on n'en vit point dans le pancréas, ni à la surface du conduit digestif.

Ce fait nous a paru fort remarquable par l'opiniâtreté des vomissemens sans lésion de l'estomac, par l'altération organique dont le cerveau était affecté, et qui se rapproche davantage des granulations que d'aucune autre lésion, et enfin par une sorte de *diathèse granuleuse,* au moins fort rare, en supposant qu'elle ait été observée.

Quelle était la cause de ce vomissement? On ne peut l'attribuer sans doute, ni aux granulations du foie, de la rate, des reins ou du péritoine, trop peu développées pour produire un tel effet, ni à celles des poumons qui, souvent observées, n'ont jamais rien produit de semblable. Il est très vraisemblable qu'il était lié à l'affection du cerveau. On connaît l'étroite sympathie qui lie ensemble ce viscère et l'estomac; les vomissemens qui ont lieu si fréquemment dans les plaies de tête, dans l'hémicrânie,

dans l'hydrocéphale aiguë, dans l'apoplexie, etc; en seraient des preuves, s'il en fallait dans un point de doctrine sur lequel on est généralement d'accord. Les maux de tête qui ont précédé le vomissement, viennent encore à l'appui de cette opinion dans le fait qui nous occupe.

Nous n'avons pas soupçonné pendant la vie l'affection du cerveau; les vomissemens avaient, pour ainsi dire, absorbé toute notre attention, et le mal de tête ne nous avait paru qu'accessoire. Malgré l'obscurité du diagnostic, quelques circonstances auraient pu éclairer sur l'affection principale, celle du cerveau : 1°. le mal de tête avait été un des premiers symptômes de la maladie; il avait persisté pendant presque tout son cours, et avait acquis dans les derniers temps une violence extrême; 2°. la faiblesse des mouvemens, la difficulté de rester assis quelques heures, l'impossibilité de se tenir debout et les étourdissemens que produisait cette position, à une époque où il n'y avait pas encore d'amaigrissement considérable, pouvaient faire soupçonner une affection organique du cerveau, parce qu'ils accompagnent presque toujours le ramollissement et quelques autres lésions de ce viscère; 3°. enfin, la singularité même des symptômes que présentait l'estomac, l'absence des signes caractéristiques d'une maladie organique de ce viscère, auraient pu fournir aussi quelques lumières. Ces signes étaient sans doute insuffisans pour déterminer l'espèce d'altération dont le cerveau était affecté, mais ils auraient

pu conduire à reconnaître, ou tout au moins à soupçonner, que ce viscère était le siége principal de cette singulière maladie.

§ X. *Tumeurs osseuses des parois internes du crâne.*

Ces tumeurs doivent nécessairement donner lieu aux phénomènes locaux dont nous avons parlé. Mais plusieurs circonstances servent à les faire distinguer. Leur extrême rareté n'expose pas à des méprises fréquentes ; leur marche est bien plus lente que celle du ramollissement ; elles surviennent chez des individus qui sont en proie aux symptômes consécutifs de la syphilis, dont les parois du crâne sont parsemées de ces tumeurs, ainsi que le corps des os longs ; les douleurs qu'elles occasionnent augmentent durant la nuit.

S'il existait dans le crâne une seule de ces tumeurs sans les circonstances dont nous venons de parler, il serait très difficile de reconnaître cette altération : la seule marche chronique de la maladie pourrait la faire distinguer, mais il y aurait de la témérité à rien affirmer à cet égard ; l'absence des symptômes fébriles qui arrivent fréquemment dans le ramollissement pourrait offrir aussi une très légère probabilité. Ce cas doit être infiniment rare et mérite à peine qu'on s'en occupe.

§ XI. *Affections admises comme nerveuses.*

Les maladies réputées nerveuses qui peuvent offrir avec le ramollissement quelque analogie, sont :

la syncope, l'asphyxie, la léthargie, l'épilepsie, la catalepsie. Aucune de ces maladies ne donne lieu à des phénomènes locaux que le ramollissement occasionne presque constamment.

1°. *La syncope* est caractérisée par la perte de connaissance, la pâleur de la face, le ralentissement de la circulation et de la respiration, avec résolution des membres; elle est ordinairement le résultat d'une forte impression morale, dure peu, et se dissipe sans laisser de traces.

2°. *L'asphyxie* se reconnaît à l'injection violette de la face, à la suspension de la circulation et de la respiration, à la froideur de la peau, à la résolution des membres; ce qui la distingue surtout de la précédente, ce sont ces causes. Un gaz méphitique, la strangulation, la submersion; la privation d'air la déterminent; il est toujours facile de reconnaître ces agens; souvent elle occasionne la mort.

3°. *La léthargie* est aussi une suspension de toutes les fonctions; c'est un degré de plus que le carus; elle est symptomatique comme lui, se montre dans les diverses affections cérébrales, dont elle marque le degré; on ne doit pas en faire une maladie particulière.

4°. *L'épilepsie.* On ne saurait confondre cette maladie avec le ramollissement du cerveau, non plus qu'avec les affections précédentes. Des convulsions violentes, ordinairement de courte durée, auxquelles succède un sommeil stertoreux, suffiront toujours pour faire distinguer cette maladie de toute autre.

L'hystérie seule offre avec elle les plus grands points de contact. Leurs différences ne me semblent pas encore solidement établies.

5°. *La catalepsie.* L'individu qui en est frappé offre le singulier phénomène de conserver la position qu'on imprime à tous ses membres; il est sans connaissance, le pouls et la respiration sont très ralentis. Cette maladie affecte les gens d'une sensibilité extrême. Je connais un prêtre extatique, qui est resté en catalepsie au moment de l'élévation. Les assistans fatigués d'avoir la tête inclinée vers la terre pendant si long-temps, osèrent s'apercevoir enfin que le prêtre était immobile. Autrefois on eût crié au miracle, de nos jours on a mis ce prêtre entre les mains d'un médecin. Cette maladie a donc une physionomie toute particulière, qui ne permet pas qu'on la confonde avec aucune autre.

Voici un cas de catalepsie imparfaite que nous croyons à propos de rapporter ici.

XCVII[e] OBSERVATION (1).

Catalepsie.

La veuve Deschamps (Louise), âgée de 74 ans, a, depuis long-temps, perdu l'usage presque complet de la vue. La taille est élancée, la maigreur extrême; renommée par sa gaieté, elle est connue dans tous

(1) Par M. F[lin] Calmeil.

les dortoirs. Le 27 juillet, les filles de service l'apportèrent à l'infirmerie, disant qu'elle succombait à une attaque d'apoplexie.

Il n'y a point eu de chute; la malade s'était étendue sur le bord de son lit. (*Examen du médecin.*) Face remarquable par son expression ironique, traits contractés, laissant apercevoir un sourire tranquille; calme profond; quelques réponses incohérentes, nullement en rapport avec nos questions; extrêmement lentes. Décubitus, qui ne ressemble point à celui de la prostration, mais qui est l'emblême de la nonchalance. Soulève-t-on les membres supérieurs, ils retombent *lentement*, sans que la volonté commande à leurs mouvemens. On peut remuer, pincer les jambes, les cuisses, on n'obtient aucun signe qui indique une sensation douloureuse.

On s'efforce d'apprécier l'état de chaque organe; nul ne semble spécialement affecté; le pouls est calme, petit, la respiration tranquille; l'état général ne peut être confondu avec celui d'une apoplectique. (*Lavement purgatif; sinapismes aux jambes; vésicatoire à la nuque.*)

Le 28. Stupeur moins profonde; quelques mouvemens volontaires; plaintes sur les douleurs provoquées par le vésicatoire; réponses gaies, contractions moins marquées. Au bout de trois jours d'amélioration, cette femme prit à manger; affirma qu'elle n'avait point souffert; la stupeur persistait; l'expression de la face était la même; on observait fréquemment un délire gai, paisible.

Pendant le long séjour qu'elle fit dans nos salles, plus d'une fois notre attention fut fixée par une mimique, que rien ne pourrait exprimer; à trois reprises différentes, survinrent des accidens graves; la malade refusait tout aliment; il y avait aridité, chaleur à la peau; petitesse du pouls; injection des pommettes; yeux fixes; délire méchant, sans effet, extrême lenteur dans le mouvement le moins compliqué; du reste, aucun signe pathognomonique ne pouvait nous indiquer l'organe spécialement affecté, (abstraction faite de l'état maladif du cerveau, qui était soupçonné.)

Le 24 septembre 1820, se présenta un accès extrêmement remarquable; la malade était étendue sur le dos, la tête renversée sur l'oreiller; pas le moindre mouvement; état obtus si profond qu'on dirait que la malade n'a pas la conscience de son existence; *les membres supérieurs restent fixés dans la position où on les place, demeurent plusieurs secondes pour arriver d'eux-mêmes à la couche*. Met-on la dame Deschamps sur son séant, le thorax reste d'abord immobile; puis elle commence à tomber graduellement sur le dos. On la place sur une chaise pour réparer sa couche; elle reste *immobile* sur le bord du siége; on dirait un corps engourdi par le froid. (*Sinapismes; vésicatoire.*)

Le lendemain état de santé accoutumé. Cette malade succomba en décembre, offrant les signes de la péripneumonie.

Ouverture du cadavre.

Extérieur. Peau terreuse, maigreur extrême, son mat obtenu par la percussion du thorax. (La face a conservé son expression ironique.)

Intérieur. Hépatisation grise du poumon gauche; engouement de l'organe du côté opposé; cœur ordinaire dans ses dimensions, contraction de l'estomac, des petits intestins, injection violacée de ces parties. Petite tumeur fibreuse au sommet de l'utérus. (Etat sain des autres viscères abdominaux.)

Rien de particulier aux *méninges;* nul signe d'un état *maladif;* l'examen le plus attentif ne laisse rien apercevoir dans tous les points de la *masse encéphalique,* qu'on s'accorde à regarder comme *le prototype* des cerveaux sans *altération;* on n'y rencontre même pas la teinte rosée qui nous frappe habituellement.

Le rachis n'a pas été ouvert.

Le rhumatisme peut encore, jusqu'à un certain point, simuler le ramollissement cérébral; en voici un cas qui servira à faire éviter cette méprise.

XCVIII[e] OBSERVATION (1).

Affection rhumatismale aiguë des membres abdominaux, pouvant simuler une affection cérébrale.

Thérèse Chérame, âgée de 57 ans, d'une forte constitution, jouit habituellement d'une bonne santé; seulement elle est sujette depuis long-temps à des migraines assez fréquentes.

A l'âge de 9 ans elle tomba par la fenêtre d'un premier étage; la fracture ou la luxation du fémur qui fut l'effet de cette chute ne fut pas bien réduite; il en résulta raccourcissement assez considérable du membre abdominal droit, et, par suite de ce raccourcissement, claudication très prononcée. Cependant cette femme était assez forte sur ses jambes pour se passer de tout soutien artificiel; seulement depuis quelque temps, ses forces diminuant un peu, elle se servait d'une canne en marchant. Depuis quelque temps aussi elle éprouvait des vertiges, surtout lorsqu'elle était assise.

Dans la nuit de mardi à mercredi dernier, elle rêve qu'une folle la poursuit, l'atteint et lui coupe la gorge; la douleur de ce supplice imaginaire lui arrache des cris qui réveillent ses compagnes; elle se réveille elle-même dans une terrible agitation, couverte de sueur, éprouvant une constriction très pénible dans la région de l'estomac. Sa frayeur se

(1) Par M. Foville.

dissipant bientôt, elle se rendort jusqu'au jour. Elle veut se lever, mais n'en peut venir à bout. Ses membres abdominaux ne peuvent se mouvoir : elle ressent d'ailleurs dans ces parties des douleurs violentes, plus prononcées à gauche qu'à droite. Elle éprouve aussi des douleurs assez fortes dans la tête, de l'amertume dans la bouche, peu d'appétit, plus de soif qu'à l'ordinaire. Les urines sont moins abondantes que de coutume, mais excrétées avec facilité; il en est de même des matières fécales. Il existe aussi quelques signes d'un catarrhe pulmonaire peu intense.

Il est bien évident que ces troubles légers des systèmes digestif et respiratoire n'ont aucune connexion avec la maladie principale, la perte des mouvemens abdominaux, et les douleurs dont ils sont le siége. C'est donc cette lésion qu'il faut étudier; voyons si de l'examen attentif des phénomènes observés nous pourrons déduire des conséquences précises sur le siége et la nature de leur cause. Pour ce qui est de la nature de la lésion, je crois qu'il faut la considérer comme aiguë, la rapidité du développement ne me paraissant laisser aucun doute à cet égard; et si l'on voulait dire que ces accidens peuvent dépendre d'une modification organique, dont la marche a été lente et graduelle, et qui est enfin arrivée au point de produire la suspension des mouvemens, on pourrait objecter que les effets de cette maladie chronique eussent été graduels comme sa marche, et que les organes locomoteurs actuellement affectés n'eussent

pas conservé le libre exercice de leurs fonctions, si les parties nerveuses qui les dirigent eussent été le siége d'un travail pathologique.

Quant au siége de la cause, trois suppositions seulement sont permises : elle ne peut exister que dans le cerveau, la moelle épinière, ou bien dans les parties essentielles des membres eux-mêmes. Voyons laquelle de ces suppositions réunit le plus de probabilités.

Il est bien certain qu'une lésion du cerveau pourrait déterminer des accidens bornés aux membres inférieurs; et si les céphalalgies auxquelles cette malade est sujette, les vertiges qu'elle éprouvait depuis quelque temps, la commotion violente qui a précédé l'invasion, peuvent faire présumer que c'est dans cet organe qu'il faut rechercher des accidens actuels, il faut observer aussi que pour produire la paraplégie, l'altération du cerveau devrait être double, c'est-à-dire qu'il devrait exister dans chaque hémisphère une lésion organique, dont le siége fût exactement le même; or on voit que cette coïncidence de la maladie dans les deux hémisphères, la simultanéité de son développement, cette symétrie de son siége, serait une chose en quelque sorte merveilleuse. — Mais est-il bien certain qu'il y ait paraplégie? est-il vrai, quoique la malade se plaigne de douleurs dans les deux membres abdominaux et de l'impossibilité de les mouvoir, qu'ils soient également affectés? — Il me semble qu'il serait, jusqu'à un certain point, supposable que chez cette femme la progres-

sion s'exerçait d'une manière en quelque sorte passive de la part de la jambe droite; c'est-à dire, par exemple, que lorsque la jambe gauche avait été portée en avant, il pouvait s'exécuter un mouvement de rotation du bassin sur la tête du fémur de ce côté, que ce mouvement entraînait la jambe droite, qui arrivait pour soutenir le corps, tandis que l'autre s'avançait de nouveau. Il est possible que cette femme, n'ayant pas observé le mécanisme de la marche, ait pensé que la jambe droite jouait un rôle plus actif dans cet acte, et qu'aujourd'hui seulement que la jambe gauche est paralysée, elle s'aperçoive de l'espèce d'inertie de l'autre jambe et la croie récente. Ce qui donnerait quelque valeur à cette explication, c'est que les douleurs sont particulièrement du côté gauche, et que le côté droit peut, quoiqu'elle dise le contraire, exécuter quelques mouvemens, comme nous avons pu l'observer hier, en faisant retourner cette femme sur son ventre. Si ces conjectures pouvaient être vérifiées, et qu'il fût vrai que la jambe gauche est particulièrement affectée, l'opinion que la source de la paralysie est dans le cerveau mériterait plus de confiance.

Examinons à présent si plus de raisons portent à croire que la moelle épinière est le siége de la maladie. La colonne vertébrale présente vers sa base une courbure très prononcée; mais cette déviation est très ancienne. Il faudrait donc qu'il y eût une lésion directe du tissu de la moelle épinière. Est-il bien croyable qu'une telle maladie puisse arriver si su-

bitement? Serait-ce un épanchement sanguin? Mais un épanchement de sang ne pourrait arriver dans cette partie, sans déterminer la paraplégie complète, la paralysie du rectum, de la vessie; et nous avons vu que les fonctions de ces parties n'étaient pas dérangées.

Toutes ces raisons font considérer comme très difficile à admettre la lésion de la moelle épinière.

Pour ce qui est d'une cause locale dans les membres malades, cette opinion tire quelques probabilités de l'absence de signes suffisans de maladie du cerveau ou de la moelle épinière. Ensuite les douleurs qui ont lieu dans les membres, principalement du côté gauche, sont très violentes; s'étendant d'abord sur le trajet du nerf sciatique, elles ont changé de place; elles paraissent à présent concentrées sur le genou; elles sont pulsatives, la pression les augmente, la jambe est chaude, etc.; ce qui porte à croire, en dernier lieu, qu'il existe une affection rhumatismale aiguë de ces parties. Une autre raison encore, c'est que les muscles de la région lombaire sont très sensibles à la pression. Il est bien vrai que tous ces phénomènes pourraient coexister à une affection aiguë du système nerveux, mais ils paraissent plutôt tenir à une cause directe.

Le diagnostic étant ainsi posé, on mit des sangsues à l'anus, et on administra en même temps les boissons délayantes et diaphorétiques. L'emploi de ces moyens continué pendant quelques jours, suffit pour dissiper tous les accidens et ramener une guérison parfaite.

CHAPITRE XII.

Traitement.

CONSIDÉRANT que le traitement pouvait avoir quelque influence sur la marche de la maladie, et par suite sur le *diagnostic*, mon intention étant de donner à cette dernière partie la plus grande importance, et de tout lui subordonner, j'avais d'abord songé à finir par le chapitre qui en traite; mais réfléchissant ensuite que le diagnostic éclaire bien davantage le traitement, que le traitement le diagnostic, puisque c'est sur la connaissance de la maladie que toute thérapeutique est fondée; que d'ailleurs, dans l'ordre généralement adopté, le diagnostic précède le traitement, je me suis décidé à les ranger d'après la méthode commune.

On est ordinairement dans l'usage de distinguer le traitement en *préservatif* ou *prophylactique*, et en traitement *curatif*.

PREMIÈRE SECTION.

Le traitement *préservatif* ne peut être fondé que sur la connaissance des causes prédisposantes et des prodromes de la maladie; il consiste à éloigner ou à modérer l'action de ces causes, par des moyens tirés

de l'hygiène et de la pharmacie, ou à combattre les premiers accidens qui se manifestent, par les mêmes moyens.

L'obscurité qui règne encore sur les prédispositions et les causes prédisposantes, ne permet pas d'émettre à cet égard des principes qui ne pourraient être que des conjectures : mais lorsque les symptômes de la première période se sont manifestés, bien que l'on n'ait encore que des craintes sur la nature de la maladie, on doit donner aux malades des avis qui puissent leur être utiles. Si donc on est consulté par un individu qui se plaint de douleurs de tête, de vertiges, de tendance au sommeil, de perte de la mémoire, d'engourdissement, de pesanteurs, de fourmillemens, de roideurs, de douleurs dans quelque membre, de diminutions, d'exaltation, ou de perversion dans quelques-uns des sens, etc., on doit dès-lors redouter la maladie dont nous parlons, et s'appliquer à la combattre sur-le-champ.

§ Ier. *Hygiène.*

1°. L'impression d'un air froid sur la tête peut être favorable, mais il est important d'empêcher la réaction ; il faudra éviter que le malade ne passe subitement dans un lieu trop échauffé. Son domicile devra être plutôt d'une température basse que d'une température élevée ; dans l'hiver, une chaleur de 10 à 12 degrés sera suffisante. L'impression d'un soleil ardent sur la tête pourra être funeste au malade, il devra éviter de s'y exposer ; et dans

l'été, son appartement, s'il est possible, devra toujours être au-dessous de quelques degrés de la température extérieure; enfin, il faudra qu'il y éprouve le sentiment d'une agréable fraîcheur.

2°. Tout ce qui peut, en comprimant les membres ou les viscères contenus dans les cavités, opposer un obstacle à la circulation, devra être proscrit avec sévérité. On conçoit en effet que, dans cette première période, tout annonçant une congestion vers la tête, c'est à empêcher cette congestion que le médecin doit mettre tous ses soins. Les bains chauds, augmentant la circulation générale, et par suite celle du cerveau, devront être défendus : nous en dirons autant des bains froids, dont l'effet est de refouler le sang de la périphérie vers le centre, et de le porter vers la tête avec d'autant plus de facilité que celle-ci, ne plongeant pas dans l'eau, conserve une température au-dessus de celle du reste du corps. Les bains tièdes seuls seront permis, mais avec beaucoup de réserve. D'après ces considérations, on conçoit qu'un lit trop mou pourrait être funeste; il vaut mieux qu'il soit médiocrement dur et médiocrement chaud. C'est avec la plus grande attention qu'on évitera les chutes et les percussions sur la tête.

3°. Les substances alimentaires ou médicamenteuses qui ont sur l'encéphale une action forte et prompte, devront être rejetées avec sévérité. Les épices, le vin, les alcoholiques, le café, les narcotiques, sont de ce nombre. Les excès de table sont indubitablement dangereux. Le régime sera doux,

peu abondant, composé de substances dont la digestion fatigue peu l'estomac, et qui soient peu fécondes en matériaux nutritifs. Les végétaux frais, les légumes légers, les fruits bien mûrs ou cuits, les confitures, les viandes réputées légères, devront former le régime de ces malades : c'est assez dire que les substances douées des qualités inverses sont nuisibles. L'eau rougie, la bière coupée, la limonade, et autres boissons rafraîchissantes, seront les seules qu'on permettra.

On conçoit que ce régime devra varier selon une foule de circonstances individuelles, selon la force, la constitution et les habitudes du sujet. Il serait trop long d'entrer dans des développemens à cet égard : la sagacité du médecin devra déterminer ces cas particuliers.

4°. Les excrétions habituelles, excepté cependant celles qui résultent du coït, et qui ont le double inconvénient, et d'énerver le sujet qui s'y livre, et d'agir fortement sur l'encéphale, devront être entretenues avec un soin particulier; elles devraient même être augmentées jusqu'à concurrence d'un certain affaiblissement. Les moyens qu'on emploie à cet effet n'étant pas du ressort de l'hygiène, nous en parlerons tout à l'heure.

5°. L'exercice violent, le saut, la course, la natation, l'équitation, la gestation dans une voiture mal suspendue, tout ce qui excitera trop vivement la circulation et pourra opérer quelque commotion dans le cerveau, devra être soigneusement évité.

6°. S'il est une maladie dans laquelle les passions vives, les grandes émotions puissent devenir fatales, c'est sans contredit le ramollissement du cerveau. Les contentions d'esprit, les veilles prolongées ne seront pas moins redoutables que le chagrin profond, la colère, la joie, que nous avons vus suffire pour déterminer cette cruelle maladie.

Toutes ces règles ne sauraient être d'une application générale, elles doivent subir de nombreuses modifications selon l'âge, la force, la constitution et les habitudes des malades.

§ II. *Moyens pharmaceutiques.*

Ces moyens ne sont guère indiqués dans cette période de la maladie que par les règles générales de la thérapeutique. C'est ainsi qu'on devra rappeler un exanthème supprimé, une hémorrhagie, ou une évacuation quelconque habituelle; qu'on devra employer les émissions sanguines et les évacuans, dans les circonstances qu'elle détermine; employer les révulsifs dans d'autres cas, et faire concourir plusieurs de ces moyens à la fois lorsqu'il se présente plusieurs indications à remplir. Ces préceptes trouvent leur application entière lorsque la maladie a atteint sa deuxième période; nous allons entrer dans quelques détails en traitant de cette époque de la maladie.

DEUXIÈME SECTION.

Traitement de la deuxième période. État simple de la maladie.

Nous avons distingué deux cas bien différens : dans l'un les symptômes et les altérations qu'on rencontre semblent dépendre d'un état inflammatoire ; dans l'autre ces symptômes et ces altérations semblent appartenir à une maladie d'une nature particulière. Ou il faut renoncer à toute espèce de sens commun, ou admettre que ces deux états réclament des moyens différens. Mais avant tout, il est nécessaire de dire que dans l'une ou dans l'autre espèce de ramollissement, s'il se présentait quelques-unes des indications dont nous venons de parler, il faudrait la remplir. Ainsi, lorsque les symptômes du ramollissement succèdent à la disparition d'un exanthème, la première chose à faire c'est de rappeler cette éruption. J'ai sous les yeux, pour des maladies qui ont avec celle-ci beaucoup d'analogie, des succès vraiment remarquables d'une pareille conduite. Une femme d'environ 60 ans était affectée d'une dartre rongeante de la face (*herpes crustaceus exedens*) ; cet exanthème se supprima tout à coup ; cette femme présenta les symptômes les plus caractérisés d'une inflammation des méninges. Tous les moyens employés n'empêchèrent pas cette malade de tomber dans l'agonie ; elle avait le râle depuis vingt-quatre heures lorsque je fus appelé : je saisis la seule indication qui se présentât à moi, et bien que

j'en espérasse peu de succès, vu l'état déplorable où se trouvait cette personne, je fis appliquer un emplâtre vésicant sur le lieu le plus voisin de l'éruption. Celle-ci reparut, et avec elle les signes de prompte convalescence. Cette malade existe encore. Je ne citerai que ce fait entre plusieurs autres. Certainement s'il pouvait y avoir quelques succès à espérer, ce serait bien sur de pareilles chances qu'on pourrait fonder son espoir. Si un vésicatoire, un cautère, un séton, avaient été supprimés, il faudrait se hâter de les rétablir. Si un écoulement chronique, par les membranes muqueuses, tel que leucorrhée, catarrhe bronchique, auriculaire, nasal, ou autre, avait tout à coup cessé, nul doute que la première de toutes les indications ne fût de les rappeler. J'en dirai autant d'une hémorrhagie nasale, des hémorroïdes, des menstrues. Dans ces cas particuliers, des saignées locales seront préférables, en ce qu'elles agissent comme révulsifs et comme évacuans. La rétrocession de la goutte fournit les mêmes indications. Dans tous les cas, il est aussi fort utile d'entretenir la liberté du ventre, mais les moyens évacuans ne doivent pas être les mêmes.

Lorsque la maladie présente le caractère inflammatoire, c'est-à-dire que le malade éprouve une douleur de tête fixe, opiniâtre, qu'il a du délire, des douleurs, de la contracture ou des convulsions dans les membres, qu'il se joint à ces symptômes de la rougeur à la face, de la force, de la fréquence dans le pouls, de la chaleur à la peau, de la soif; si le

malade est d'ailleurs d'une forte constitution, si ses traits sont prononcés, ses cavités larges, ses membres développés, le traitement anti-phlogistique devient indispensable. Alors les saignées générales ou locales, les délayans, les adoucissans de toute espèce, devront être prescrits.

Les sangsues en nombre proportionné à l'intensité de la maladie et des phénomènes que nous venons de décrire, seront placées autour du cou, aux tempes, derrière les oreilles, à l'anus, à la vulve ou aux pieds, selon les cas. Si la marche de la maladie était fort rapide, peut-être serait-il préférable d'ouvrir la veine, la jugulaire, ou l'une de celles du bras. Je n'ai pas encore pu me rendre un compte satisfaisant des effets différens qu'on a attribués à la saignée des pieds.

Dans ce cas inflammatoire, les évacuans doivent être choisis parmi les laxatifs doux qui n'agissent pas en déterminant l'inflammation du tube digestif. Il me semble qu'en produisant cet épiphénomène, on augmente nécessairement l'état fébrile par un surcroît d'excitation, et que la révulsion qu'on obtient est bien moins favorable, que n'est redoutable l'accroissement de l'inflammation. Ainsi les pulpes laxatives, quelques huiles, quelques sels neutres, devront être conseillés. Je pense qu'on doit s'abstenir rigoureusement des émétiques, quelle que soit leur indication apparente; la congestion qu'ils déterminent vers le cerveau, me paraît pouvoir être funeste au malade. Je pense encore qu'on doit éviter d'appli-

quer les moyens révulsifs, tels que vésicatoires ou sinapismes, les premiers jours de cet état d'irritation. Il me semble convenable d'attendre que cette excitation ait été apaisée par les moyens anti-phlogistiques. On appliquera avec succès la glace sur la tête.

Il n'en est pas de même lorsque les symptômes offerts par le malade n'ont pas le caractère inflammatoire. S'il n'y a que stupeur des sens, somnolence, pesanteur des membres, paralysie, sans délire, sans symptômes pléthoriques, sans force, sans développement du pouls, sans chaleur à la peau; si la face est pâle, décolorée, les yeux ternes, languissans; si le sujet est grêle et débile; alors, non-seulement on s'abstiendra des moyens débilitans que nous venons de conseiller, mais on devra, dès les premiers jours, appliquer les rubéfians sur diverses parties du corps, sur les membres, à la nuque, et même sur la tête: les irritans portés sur le canal digestif, par le haut, ou par lavemens, pourront être de quelque utilité. On ne doit pas craindre d'administrer les purgatifs drastiques à diverses doses, l'inflammation du canal digestif est alors peu redoutable. Les toniques, les excitans aromatiques, sont les seuls moyens à employer dans la dernière période, lorsque la face est pâle, décolorée, les lèvres violettes, la peau froide, la langue noirâtre, enduite d'une mucosité filante, le pouls petit et concentré, que l'abattement est porté au dernier degré.

On conçoit qu'il peut exister entre les deux extrêmes que nous venons de tracer, des nuances inter-

médiaires; le médecin appréciera ces diverses nuances, qu'il est impossible de préciser ailleurs qu'au lit du malade.

Complications.

Notre intention n'est point de donner de préceptes détaillés pour tous les cas de *complications*. Nous nous bornerons à dire qu'on devra modifier le traitement selon l'espèce de maladie qui compliquera le ramollissement. L'entérite réclamera les médicamens qui lui sont convenables; l'application des sangsues à la marge de l'anus; les gommeux, les mucilagineux portés sur le canal intestinal; les fomentations émollientes, etc. La péripneumonie, la pleurésie, devront aussi apporter au traitement quelques modifications. L'hémorrhagie cérébrale exigera de même des moyens appropriés. Quant aux lésions organiques du cerveau, si l'on venait à les reconnaître pendant la vie, le traitement palliatif est le seul qui leur convienne.

Tels sont les seuls préceptes que puisse avouer la raison, dans l'état actuel de la science. Notre opinion, hautement manifestée et bien connue sur les moyens empiriques, ne nous permet pas de discuter la valeur de certaines substances vantées par quelques auteurs. Le phosphore, la noix vomique, le mercure doux, comme spécifiques, etc., etc., ne me paraissent pas mériter d'être sérieusement examinés. Persuadé que c'est la maladie qu'il faut attaquer, et ses causes, je ne dirai rien de la médecine des symptômes, qu'on

ne doit se permettre que lorsqu'on n'a rien de mieux à faire.

J'ai tâché de suivre, pour composer cet écrit, les préceptes que donne le chancelier Bacon, dans la seconde partie de son grand ouvrage du rétablissement des sciences, intitulé *Novum Organum Scientiarum,* où il prétend qu'une exacte observation des faits et une induction juste et raisonnée doivent donner la vraie méthode d'entendre et d'interpréter la nature. « Pour faire usage de cette induction, il faut, dit ce grand homme, avoir un nombre suffisant d'exemples et de faits recueillis avec exactitude, et exposés avec sincérité : ensuite considérant ces faits sous toutes les faces possibles, pour s'assurer qu'ils ne se contredisent point les uns les autres, on peut se promettre d'en déduire quelque vérité utile qui conduira à des découvertes nouvelles. Dans cette manière de procéder, l'expérience et le raisonnement réunis se prêtent un mutuel secours, et s'éclairent réciproquement. » Je suis loin de croire avoir épuisé la matière, je laisse beaucoup de questions à résoudre; je puis même m'être mépris sur quelques points; j'espère cependant que mes recherches ne seront pas entièrement dépourvues d'utilité : au reste, à supposer que toutes mes opinions ne fussent que des erreurs, les observations que j'ai fait recueillir n'en restent pas moins comme des matériaux qu'une main plus habile pourra mettre en œuvre. C'est aux observateurs attentifs et impartiaux que je livre cet écrit.

RÉSUMÉ GÉNÉRAL DE CET OUVRAGE.

Le nom de *ramollissement du cerveau*, indiquant d'une manière claire le genre d'altération de l'organe qui est le siége de l'affection dont nous traitons; ne préjugeant en rien sa nature encore douteuse; offrant à l'esprit quelque chose de précis, de positif qu'il saisit facilement; faisant connaître le principal phénomène de la maladie, doit être conservé.

Symptômes. Le ramollissement cérébral offre deux périodes distinctes.

Première période. Les phénomènes qui se montrent dans la première sont incertains, fugitifs, communs à beaucoup de maladies, surtout à celles qui ont quelques connexions assez intimes avec l'encéphale. On voit par là qu'ils ont peu de valeur par eux-mêmes; mais lorsque les signes qui caractérisent la deuxième période surviennent, ils deviennent tellement précieux, que s'ils n'avaient pas existé, on ne pourrait pas affirmer qu'il y a ramollissement cérébral. Il suffit d'un ou de deux de ces phénomènes pour faire reconnaître cette maladie. Ils sont locaux ou généraux, appartiennent à l'encéphale ou aux autres viscères. Les principaux d'entre eux sont une douleur de tête fixe, opiniâtre, intolérable, persistant plusieurs jours ou plusieurs mois; cette douleur n'est pas constante : des vertiges; la dimi-

nution des facultés intellectuelles; les perceptions, le jugement, la mémoire, l'imagination, sont plus ou moins affaiblis; la lenteur des réponses, l'embarras de la langue, quelquefois la brièveté du langage, la tristesse, l'hypochondrie ou l'indifférence, la tendance au sommeil; des fourmillemens, des engourdissemens dans l'un des membres, ordinairement vers les extrémités, la difficulté à saisir les objets, la roideur, la contracture des membres; la sensibilité des membres malades est ordinairement plus diminuée que leur contractilité; elle augmente quelquefois au point que le moindre attouchement arrache des cris à la personne affectée; on distingue ces douleurs de celles du rhumatisme, en ce qu'elles sont toujours exemptes de rougeur, de chaleur et de tuméfaction; les facultés intellectuelles sont quelquefois perverties et augmentées; il y a délire, agitation extrême, symptômes fébriles : enfin, l'aliénation mentale, la démence sénile, précèdent souvent le ramollissement du cerveau.

Rarement, il y a difficulté de supporter une vive lumière, ainsi que strabisme; mais souvent diminution, perversion de la vue ou cécité complète, tintemens d'oreilles, difficulté de soutenir le moindre bruit, plus fréquemment diminution de l'ouïe.

L'odorat et le goût offrent rarement des altérations assez sensibles pour que le malade s'en plaigne. La plupart des phénomènes que nous venons d'exposer sont si légers, que rarement les malades réclament pour eux les secours de l'art, et que souvent ils ne

les accusent même pas aux personnes qui les entourent. Ces phénomènes ne sont pas les signes précurseurs de l'apoplexie, comme on verra à l'article du diagnostic.

Les fonctions organiques présentent souvent aussi des dérangemens durant cette période. L'appétit est diminué, la soif plus vive; la digestion est difficile, la bouche est pâteuse, la langue blanche; il existe des nausées et même des vomissemens de matières bilieuses vertes, poracées; l'épigastre est sensible à la pression, ainsi que le reste de l'abdomen; le dévoiement se manifeste dans quelques cas; la constipation, ou plutôt la paresse du rectum, est plus fréquente; il est rare que dans cette période, la défécation soit involontaire; il n'en est pas de même de l'émission de l'urine, que le malade a, la plupart du temps, de la peine à retenir; l'abondance de cette évacuation est cependant moindre que de coutume. La respiration est quelquefois gênée; elle est plus souvent ralentie qu'accélérée. Le pouls est très variable, rarement sa fréquence augmente-t-elle; il est parfois développé, dans certains cas plus rare et plus lent que dans l'état naturel. Il n'est pas rare que quelque phlegmasie intense thorachique ou abdominale précède le ramollissement cérébral. J'ai vu quelquefois une diathèse générale inflammatoire précéder cette maladie.

Les phénomènes que présentent les organes ou les fonctions qui président à la vie individuelle sont bien moins importans que ceux de la vie animale.

Deuxième période. Après avoir présenté quelques-uns des signes dont nous venons de parler, l'usage de quelques membres ou même de la moitié du corps, se perd tout à coup ou graduellement, et d'une manière plus ou moins rapide. La plupart du temps, la connaissance et l'intelligence restent libres; toutefois, il y a difficulté extrême à répondre aux questions qu'on adresse au malade : ce n'est que par des mouvemens automatiques qu'il fait entendre qu'il conçoit. Dans certains cas, état comateux parfait. Si le coma et la paralysie sont survenus tout à coup, le malade reprend communément connaissance le lendemain de l'accident; mais bientôt de nouveaux accidens reviennent, les symptômes s'aggravent de nouveau; l'intelligence et les fonctions des sens s'abolissent entièrement, le malade tombe dans un coma parfait, les membres deviennent immobiles au bout de quelques jours, ordinairement du quatrième au quinzième; il meurt présentant, dans le plus grand nombre des cas, *les symptômes de la fièvre adynamique.*

La diminution ou l'abolition de la contractilité, la paralysie ou même une résolution parfaite, est l'état le plus fréquent. Il existe aussi des engourdissemens, une grande pesanteur, des fourmillemens, des picotemens, enfin des élancemens et des douleurs intolérables dans les membres, augmentant surtout lorsqu'on touche ces membres. Il n'est pas très rare d'observer un grande roideur, une contracture invincible du côté malade. Rarement il y a convulsion.

La face peut être pâle, ou fortement injectée; la douleur de tête qui existait avant la manifestation des symptômes de la deuxième période augmente d'intensité; elle survient même lorsque le malade ne l'éprouvait pas précédemment. Si on lui demande quel est l'endroit où il souffre; après la première, mais souvent après la deuxième ou la troisième question, il porte la main restée libre, sur une région de la tête. Il est remarquable que c'est presque toujours sur le siége du mal, et du côté opposé à la paralysie. Lorsque le malade est dans le délire, ce délire persiste après la manifestation de la paralysie; mais il est plus taciturne.

Le délire n'est pas commun; la stupeur, une diminution plus ou moins considérable de l'intelligence, un état comateux plus ou moins profond, sont plus ordinaires. Les sens partagent cet état; ils deviennent beaucoup moins sensibles à leurs excitans, et cessent tout-à-fait de l'être vers les derniers momens de la maladie. Quelquefois l'une des deux pupilles est plus dilatée que l'autre; elle est même tout-à-fait immobile. Les yeux sont souvent fixes, dirigés en haut; la tête ordinairement portée en arrière. L'ouïe devient généralement dure; je ne crois pas l'avoir vue devenir plus fine, non plus que la vue, dans cette seconde période. Quant au goût et à l'odorat, les stimulans que nous avons souvent fait diriger sur eux, ont presque toujours donné la certitude de leur diminution de sensibilité. La bouche est rarement contournée, à cette époque, mais plus tard elle se

dévie ; le tact doit suivre les mêmes altérations, il est difficile de s'en assurer d'une manière positive ; le malade est souvent affecté de carphologie ; il cherche à rapprocher ses couvertures ; il semble ramasser des corps légers répandus sur sa couche, et manifestement sans motifs.

La soif est ordinairement augmentée, l'appétit nul ; les lèvres et les dents sont sèches, la langue est rugueuse, fendillée, gercée, rouge d'abord, bientôt brunâtre, et même noirâtre. La déglutition est souvent pénible, presque impossible ; le malade fait des efforts considérables pour avaler ; il éprouve quelquefois des convulsions pendant cet acte. On observe dans certains cas des vomissemens abondans d'alimens d'abord, puis de bile. Le ventre donne quelquefois des signes de vive sensibilité ; parfois il y a déjections involontaires de matières alvines, mais plus fréquemment constipation. Les urines s'échappent plus souvent à l'insu du malade, ainsi que nous l'avons noté pour la première période ; la respiration est gênée dans la plupart des cas ; le pouls est, dans quelques circonstances, plus fréquent et plus fort que de coutume.

Marche de la maladie. Cet état reste stationnaire pendant un temps plus ou moins long, après quoi le mal fait des progrès plus ou moins rapides, jusqu'à la mort. D'autres fois, les progrès se font sentir dès les premiers jours, et vont toujours croissant jusqu'à la terminaison ; il est très rare de voir diminuer les signes de coma et de paralysie à une époque

assez avancée de cette affection. La marche de cette maladie est essentiellement continue, et toujours croissante. Le décubitus a presque constamment lieu sur le dos ou sur le côté paralysé, pendant tout le cours de la maladie. La maladie présente non-seulement la marche aiguë et chronique, mais encore toutes les nuances intermédiaires. On distinguera la marche aiguë, et on pourra prédire un terme plus prompt, lorsque les symptômes marcheront avec intensité et rapidité. S'ils sont lents, stationnaires, l'époque fatale sera plus éloignée.

Cette affection ne marche pas constamment avec cette régularité; elle présente des anomalies singulières, qu'il est essentiel de connaître. Ces anomalies répandent beaucoup d'incertitude sur le diagnostic de la maladie, et peuvent le rendre même tout-à-fait impossible. Il est des ramollissemens qui ne présentent aucun symptôme, d'autres qui en présentent d'entièrement contraires à la marche régulière; enfin, il en existe qui n'en présentent qu'un nombre insuffisant pour caractériser la maladie. Il est des circonstances, par exemple, où les symptômes précurseurs manquent entièrement. Je crois ces cas beaucoup plus rares qu'ils ne doivent le paraître à la plupart des personnes qui ont peu vu de ramollissemens de l'encéphale. Il peut se faire cependant qu'il n'en existe pas.

Complication de la maladie. Les affections qui existent le plus fréquemment en concurrence avec le ramollissement cérébral, sont: l'apoplexie sanguine,

la plus commune de ses complications ; les inflammations des méninges, les cancers du cerveau, les tumeurs fongueuses, les exostoses, les tubercules, les acéphalocystes. Toutes les phlegmasies des autres viscères peuvent aussi exister avec le ramollissement de l'encéphale. Ces diverses maladies impriment à celle dont nous traitons une physionomie particulière, que nous avons fait connaître par des exemples.

Durée de la maladie. La terminaison fatale de la maladie qui nous occupe, ne laisse malheureusement aucune incertitude sur l'époque où elle a lieu. Il n'en est pas de même de l'invasion. Faut-il la fixer au moment où la paralysie frappe le malade avec plus de violence, à la deuxième période? ou la faire remonter jusques à l'instant où se sont manifestées les premières atteintes de l'affection? Quelle que soit la solution de cette question, examinons la durée de chaque période. La durée des phénomènes précurseurs (première période), varie depuis quelques jours seulement, jusqu'à quelques mois, et même plusieurs années. Dans la deuxième période, il peut s'écouler un temps variable depuis le moment où l'individu a été frappé de paralysie, jusqu'à la mort. Ce temps varie de deux ou trois jours à deux ou trois mois. Sa durée cependant est, pour l'ordinaire, celle des maladies aiguës ; cette maladie peut pourtant passer à l'état chronique. Les circonstances suivantes influent sur sa durée : l'action plus ou moins intense des causes excitantes, la constitution,

l'état de santé individuel; mais surtout l'*étendue*, la *profondeur*, le siége de l'altération; enfin, le traitement plus ou moins rationnel.

Fréquence de la maladie. Cette maladie est loin d'être rare; *c'est la lésion cérébrale la plus fréquente*, sans excepter l'apoplexie sanguine.

Altérations pathologiques. Le ramollissement varie selon le *degré de consistance* de la substance cérébrale, *sa couleur*, *le siége*, *l'étendue* et le *nombre* des altérations. Les membranes sont très souvent infiltrées de sérosité qui présente un aspect gélatineux, mais elle n'existe pas toujours, quoiqu'il soit rare qu'on ne l'observe pas. Dans ces cas fort rares, les membranes sont sèches, sans changement manifeste de couleur; quelquefois elles sont rouges, injectées; elles sont rarement couvertes de suppuration; ces membranes adhèrent quelquefois avec la partie du cerveau ramollie.

La consistance morbide du cerveau varie depuis celle de la bouillie la plus liquide jusqu'à une fermeté approchant de celle qui est naturelle à cet organe. L'état moyen entre ces deux extrêmes est le plus fréquent. Lorsque le ramollissement est peu considérable, il est très difficile à apprécier, à moins qu'il n'y ait en même temps changement dans sa couleur, ce qui arrive souvent.

La couleur de la portion ramollie peut être jaunâtre, verdâtre, rosée, rouge, marron, lie de vin et d'un blanc mat. Ces nuances peuvent se rencontrer, en plus ou moins grand nombre à la fois, chez le

même individu. La couleur jaune-verdâtre se trouve ordinairement dans les cas où le ramollissement est consécutif à une ancienne attaque d'apoplexie; c'est alors le centre du ramollissement qui offre cette couleur. La nuance rosée, plus ou moins rouge, se présente dans les cas où la maladie est primitive; c'est vers la circonférence et surtout aux circonvolutions, qu'elle se montre préférablement. La couleur lie de vin n'est pas rare; elle donne au ramollissement l'aspect d'une tache scorbutique, d'une véritable ecchymose, ce qui doit être un effort hémorrhagique avorté. Je n'ai jamais vu cette dernière altération unique, elle est ordinairement multiple; on en a vu un exemple dans les observations citées. La portion ramollie est souvent d'un blanc mat semblable à du lait; la blancheur de la substance médullaire semble être augmentée d'éclat; ce cas n'est pas rare. Telles sont les couleurs que j'ai le plus fréquemment observées : on conçoit que les nuances intermédiaires ou d'autres pourraient exister.

Le ramollissement peut être superficiel ou profond. Si la lésion est superficielle, on trouve les circonvolutions déformées, comme boursoufflées, dans un point circonscrit, ou dans la totalité d'un hémisphère, rarement dans les deux, mais toujours d'une manière plus ou moins inégale. D'autres fois, le changement de consistance s'annonce par le changement de la couleur de la substance corticale; celle-ci, au lieu d'être d'un gris-jaunâtre, est rosée dans quelques points, et presque toujours dans la moitié seu-

lement de l'épaisseur de la substance. Lorsqu'on touche ces parties, on les trouve manifestement plus molles que celles qui ont conservé leur figure et leur couleur primitives. Si on veut les couper avec un bistouri, les arêtes que forment les segmens sont obtuses, arrondies, inégales; lorsqu'on passe le dos du scalpel, ou le manche, ou un corps obtus quelconque, sur le lieu de l'altération, on enlève ordinairement une partie de cette substance, ce qui n'a pas lieu lorsque la consistance est naturelle. Cette lésion superficielle peut être d'un jaune-verdâtre. Cette couleur se rencontre en même temps que l'autre et dans les endroits plus ramollis. Cette lésion suit les circonvolutions, s'enfonce avec elles dans leurs anfractuosités. Elle peut ne pas se propager au-delà de la substance corticale, ou de la superficie de la substance médullaire. Elle peut avoir en surface deux ou trois pouces de circonférence, c'est son étendue la plus commune; occuper la moitié d'un hémisphère ou même sa totalité.

Mais l'altération est quelquefois située plus profondément; toutes les parties de ce viscère sont exposées à cette désorganisation; les corps striés, les couches optiques en sont les plus fréquemment affectés; après eux, la partie centrale des hémisphères (le lobule moyen) en est le plus communément le siége. Je ne l'ai pas vue souvent dans le septum médian. Enfin, le cervelet et les prolongemens cérébraux n'en sont pas exempts.

M. Sc. Pinel a eu occasion d'observer plusieurs fois ce genre de lésion dans la moelle épinière.

A ces diverses profondeurs, le ramollissement peut être plus ou moins étendu, il peut avoir le volume d'une fève de haricot, ou envahir une grande partie d'un lobe du cerveau. Il est difficile de fixer les limites du ramollissement d'une manière précise, le centre étant toujours plus ramolli que la circonférence, et celle-ci reprenant sa consistance naturelle d'une manière irrégulière, indéterminée et graduelle.

L'altération est ordinairement unique; il est rare que les deux hémisphères soient malades; l'un l'est alors toujours plus que l'autre, et semble l'avoir été le premier. Le même hémisphère peut être ramolli à divers degrés dans plusieurs de ses points. Enfin, il contient une foule de véritables ecchymoses violettes, lie de vin, ressemblant à des taches scorbutiques, lesquelles sont répandues à diverses profondeurs de la substance cérébrale. Le ramollissement peut être uni à l'épanchement sanguin; il lui forme, dans beaucoup de cas, une espèce d'enveloppe, et quelquefois il existe dans un endroit éloigné, ce qui n'est pas commun. Il accompagne aussi le cancer du cerveau et tous les dérangemens organiques de ce viscère.

Les ventricules renferment souvent une quantité notable de sérosité, ce qui a dû détourner fréquemment l'attention des observateurs, et leur faire prendre

cette maladie pour une hydrocéphale ou une apoplexie séreuse.

Les artères du cerveau sont ordinairement ossifiées lorsque cet organe est ramolli.

Nature de la maladie. Je pense que le ramollissement du cerveau est souvent inflammatoire; qu'il est, dans bien des cas, le résultat de l'encéphalite. La *couleur rosée*, que l'on observe quelquefois, ne peut être que l'effet d'un travail inflammatoire; la *douleur* de tête fixe annonce un travail du même genre, quoique toutes les douleurs ne soient pas inflammatoires; les circonvolutions sont souvent épaissies, tuméfiées; la force, la fréquence du pouls, la chaleur à la peau, la coloration de la face, la sécheresse de la langue, la soif que l'on observe dans certains cas, sont des phénomènes de réaction, qui accompagnent communément les phlegmasies; le ramollissement se manifestant quelquefois autour d'un épanchement sanguin, d'un cancer, d'un tubercule, doit être alors assimilé à l'inflammation que la nature développe autour des lésions organiques de toute espèce, à une certaine époque.

Mais si le ramollissement présente quelquefois ces caractères, il en offre plus souvent d'entièrement opposés: il faut se garder des vices de raisonnement; de ce qu'une chose arrive souvent d'une manière, il ne s'ensuit pas qu'elle arrive toujours de cette manière. Ainsi, les symptômes que nous venons de voir tout à l'heure être ceux de l'inflammation, sont fréquemment d'une nature opposée; il y a diminution

de contractilité et de sensibilité, paralysie, stupeur, inertie de l'intelligence; pâleur, froid; petitesse du pouls; absence de céphalalgie. La couleur du cerveau n'est pas changée dans la plupart des cas; elle est parfois rouge lie de vin, comme scorbutique. Il n'y a ni sang ni pus infiltré dans la substance cérébrale. Le ramollissement du cerveau peut être la destruction sénile de cet organe; il peut être une espèce d'hémorrhagie scorbutique; enfin, de toute autre nature inconnue. Il est donc quelquefois inflammatoire, et d'autres fois non inflammatoire.

Terminaison et pronostic de la maladie. La résolution du ramollissement du cerveau parvenu à la deuxième période, me paraît encore aujourd'hui un problème; j'ai employé tous les modes de traitement sans l'obtenir. Il n'en est pas de même de la première période, qui est susceptible de cette terminaison. Quelques altérations organiques, rencontrées dans des cadavres, ne ressemblant en rien aux traces que laissent les apoplexies, pourraient faire croire que le ramollissement cérébral les a produites, que conséquemment il a guéri; mais on ne peut former là-dessus que des conjectures. Le cerveau est quelquefois endurci d'une manière particulière; serait-ce la trace d'un ancien ramollissement? Beaucoup le pensent. Le cancer du cerveau n'est pas plus que tous les cancers, la suite constante d'une inflammation; le ramollissement est plus souvent consécutif du cancer, que celui-ci de celui-là. La suppuration du cerveau est possible. Pour la gangrène, quelques

personnes pensent que le ramollissement n'est que l'état gangréneux de l'encéphale.

Causes de la maladie. Nous ignorons jusqu'ici si le ramollissement du cerveau reconnaît des causes prédisposantes, et les prédispositions. La vieillesse me paraît cependant être une véritable prédisposition à cette maladie; les femmes y sont plus sujettes que les hommes, si l'on en juge par le relevé fait dans nos hospices.

Les causes excitantes sont celles de toutes les maladies; mais plus spécialement celles qui agissent directement sur l'encéphale : l'action d'un soleil ardent, ou d'un froid intense; l'application sur la tête, de la glace, ou de quelque substance douée de propriétés énergiques; une percussion violente, une chute sur la tête; la contention d'esprit; les veilles prolongées; les passions violentes; les chagrins surtout; l'abus des substances alimentaires ou médicamenteuses qui agissent fortement sur l'encéphale, telles que le vin, les liqueurs alcoholiques, le café, les narcotiques, etc.

Ramollissement de la moelle épinière. Le peu de diamètre de la moelle spinale et l'étroitesse du canal vertébral ne permettent pas de penser que la maladie puisse n'occuper que la moitié de cet organe, sans influencer promptement l'autre moitié, et, par conséquent, ne permettent pas de croire que les signes qui annoncent cette lésion soient bornés long-temps à une moitié du corps. Aussi les accidens produits par l'altération de cet organe, frappent-ils bientôt les deux

côtés du corps, lorsque, toutefois (ce qui est rare), ils ont commencé par un seul : suivant la nature de l'altération, il y aura exaltation, perversion, diminution, ou même abolition du sentiment et du mouvement dans les parties situées au-dessous de l'altération. Si la maladie est inflammatoire, il pourra y avoir convulsion des membres et du tronc, avec phénomènes de réaction. Si le ramollissement est atonique, il y aura diminution, puis perte complète de sensibilité et de motilité. Si le ramollissement occupe la région dorsale et lombaire, le tronc, le rectum, la vessie, les organes génitaux, et les membres inférieurs, seront le siége des accidens; s'il occupe la région cervicale, surtout la partie la plus élevée, la paralysie, les convulsions, etc., des membres thorachiques, se joindront aux phénomènes que nous venons d'exposer. Les fonctions des sens et de l'intelligence sont plus ou moins troublées dans cette maladie, ainsi que les fonctions respiratoires, circulatoires et digestives, qui sont sous l'influence plus ou moins immédiate de la moelle spinale.

Diagnostic. Symptômes de la première période. La *céphalalgie* fixe et opiniâtre qu'on observe alors est un symptôme d'un haut intérêt : seul, il a peu de valeur ; mais accompagné d'*engourdissemens*, de *fourmillemens*, de *pesanteur*, de *contracture*, de *douleur*, de *convulsions* dans les membres opposés à la douleur, si l'intelligence et les sens s'affaiblissent, on devra redouter le ramollissement. La céphalalgie fixe annonce alors un travail local dans le cerveau.

Les *vertiges* sont communs à beaucoup de maladies. Ce symptôme indique une congestion vers l'encéphale.

La *diminution de l'intelligence*, quoique pouvant dépendre d'une altération locale, ne l'indique pourtant en aucune manière. Tout ce qu'elle doit faire conclure rigoureusement, c'est que l'organe de la pensée est malade primitivement ou secondairement; car s'il n'était pas malade, la fonction ne serait pas lésée. Mais cette diminution de l'intelligence peut dépendre de bien des causes :

1°. D'une congestion générale; 2°. d'un épanchement séreux ou purulent dans les ventricules ou entre les méninges; 3°. d'une inflammation de la superficie du cerveau; 4°. d'une affection centrale; 5°. d'une apoplexie; 6°. du ramollissement; enfin, de toutes les altérations du cerveau qui ont leur siége dans la partie pensante, ou qui réagissent sur elle, et même des maladies des organes éloignés qui ont avec elle quelques rapports.

La *tendance au sommeil* n'indique aussi qu'une lésion générale de l'encéphale.

Le *délire*, qui ne peut arriver sans que la partie pensante soit lésée d'une manière primitive ou consécutive, est, comme la diminution de l'intelligence, un signe d'affection du cerveau; mais il ne peut servir à faire porter un diagnostic local, bien qu'il puisse dépendre d'une lésion locale de l'encéphale.

Mêmes réflexions pour la démence et l'aliénation mentale, que nous avons vues précéder le ramollissement, et qui en dépendent peut-être.

Les *engourdissemens*, les *fourmillemens*, les *picotemens*, les *douleurs*, les *pesanteurs*, les *convulsions*, la *contracture*, la *paralysie commençante* des membres d'un seul côté, sont des signes plus précis que ceux que nous venons d'exposer; ils indiquent d'une manière indubitable un travail local, borné, dans l'encéphale ou ses dépendances. Les uns font présumer un travail inflammatoire, surtout lorsqu'ils sont accompagnés de phénomènes généraux de réaction ; ce sont les douleurs, les convulsions, les contractures : les autres caractérisent une altération d'une nature différente; ce sont les pesanteurs, les engourdissemens, les paralysies commençantes, etc.; ces derniers sont plus fréquens que les autres. Ces phénomènes sont quelquefois le résultat d'une simple congestion partielle; ils se dissipent alors ordinairement avec beaucoup de facilité, ou bien augmentent rapidement et amènent promptement la mort. Il faut qu'ils persistent et augmentent graduellement d'intensité pour acquérir de la valeur. Ces signes, non plus que les précédens, n'indiquent encore qu'une lésion locale de l'encéphale (ce qui est beaucoup), mais ne sont pas pathognomoniques du ramollissement. Toute altération qui comprime ou détruit graduellement l'encéphale, peut les produire.

Les symptômes fournis par les sens, s'ils se manifestent des deux côtés, ne peuvent indiquer qu'une lésion générale; d'un seul côté, ils peuvent servir à localiser l'affection. Leur exaltation doit accompagner le ramollissement inflammatoire

(l'encéphalite) ; leur diminution, le ramollissement atonique.

Les phénomènes que présentent les fonctions organiques sont précieux pour les indications thérapeutiques, mais n'apprennent rien pour le diagnostic ; nous les passerons sous silence.

Symptômes de la deuxième période. Lorsque les phénomènes que nous venons d'examiner augmentent plus ou moins subitement d'intensité, après avoir resté quelque temps stationnaires, c'est le commencement de la deuxième période. Alors ces premiers phénomènes acquièrent beaucoup de valeur ; ils caractérisent le ramollissement ; sans eux, il est impossible de savoir si la maladie n'est pas une hémorrhagie cérébrale, etc. Ils annoncent un travail de longue durée, une altération qui n'est pas survenue tout à coup.

Le symptôme le plus constant et le plus caractéristique de cette période, c'est la paralysie des membres ; elle arrive tout à coup ou graduellement, mais d'une manière plus ou moins rapide ; c'est le signe le moins équivoque d'une lésion locale de l'encéphale dans le lobe opposé au côté paralysé. A la vérité, elle peut dépendre de diverses altérations circonscrites ; mais la manière dont elle se montre doit la faire distinguer. Lorsque la paralysie est générale, la lésion est générale ou centrale, ou bien, si elle est locale, l'hémisphère sain se trouve comprimé. Ces cas sont les plus obscurs pour le diagnostic ; ils sont rares. La paralysie commence le plus souvent

par les bras; mais nous l'avons vue commencer par la jambe, bien que l'altération fût dans le cerveau. Cela se conçoit, si l'on admet que ce n'est pas la même portion qui meut ces deux organes. Le peu de diamètre du canal vertébral ne permet pas d'admettre une hémiparaplégie au moins de longue durée. La paralysie des sens est un signe du même genre. Lorsque la paralysie est croisée, il faut admettre une altération dans chaque hémisphère, dans une région différente. La paralysie de la langue ne peut servir beaucoup à localiser l'affection. La paraplégie dépend de la lésion de la moelle épinière.

La paralysie d'un membre peut dépendre du défaut de circulation dans ce membre, par l'oblitération de son artère principale. On reconnaît cette paralysie à l'absence des autres phénomènes cérébraux, à la lividité, à la froideur du membre, et surtout à l'*absence de circulation*. La paraplégie peut être le résultat de l'oblitération de l'aorte; elle est promptement mortelle.

Une tumeur développée sur le trajet d'un nerf, soit dans une cavité, telle que le petit bassin, soit au dehors, peut déterminer la paralysie d'un membre; il faut prendre garde de s'en laisser imposer par un examen peu attentif.

Les maladies du cœur se terminent souvent par une paralysie générale ou par une hémiplégie, qui en impose encore aux personnes peu exercées; la connaissance de ces maladies doit rendre défiant sur la valeur de la paralysie: il en est de même de la

paralysie qui survient dans quelques maladies aiguës; elle est, comme le délire, purement symptomatique.

Quelques substances narcotiques produisent des paralysies fort difficiles à expliquer; les vapeurs métalliques, surtout celles de plomb, sont dans ce cas: mais alors la spécialité de la cause ne saurait échapper, et toute erreur est impossible. Ces paralysies doivent cependant dépendre d'une modification particulière de l'encéphale.

Les *douleurs des membres* d'un côté du corps sont un signe diagnostique important; mais il faut qu'il existe en même temps d'autres symptômes d'affection cérébrale. Ces douleurs annoncent quelquefois un travail inflammatoire dans le lobe du cerveau opposé au membre douloureux.

La *contracture des membres* est un signe de la même valeur que le précédent. Il en est de même des *convulsions*.

La *céphalalgie* qui persiste ordinairement à cette époque, et que le malade n'accuse qu'en portant lentement sur le point douloureux sa main restée libre, annonce un travail local dans le cerveau.

La *diminution de l'intelligence*, bien plus fréquente dans cette période que dans la première, annonce ordinairement la compression du cerveau, ou l'altération de la partie chargée de la pensée. N'indiquant rien de local, ce n'est pas un signe pathognomonique de ramollissement; quoique ce phénomène puisse dépendre, ainsi que nous l'avons dit, d'une lésion locale.

Le coma, le carus, qui arrivent à la fin de la maladie, annoncent ses progrès, l'envahissement consécutif de tout l'encéphale, par une compression exercée sur lui.

Le ramollissement donne souvent lieu à une *rougeur particulière de la face;* cette rougeur, quoique n'étant qu'un signe commun à beaucoup de maladies, offre ici un caractère propre. La figure est rouge dans son ensemble et d'une manière uniforme; le cou participe à cette rougeur, qui cesse brusquement à la poitrine, ou d'une manière insensible, à mesure qu'on s'éloigne des extrémités supérieures : ce phénomène indique une congestion vers la tête.

Les plaintes, les cris, l'agitation des malades, ne peuvent être considérés comme des phénomènes caractéristiques; mais ils ne sont pas à dédaigner. Pour les symptômes fournis par les fonctions organiques, nous n'en ferons pas mention.

Diagnostic local. D'après les recherches de MM. Delaye, Foville et Pinel-Grandchamp, la substance grise du cerveau s'étant trouvée altérée seule lorsque les mouvemens n'avaient éprouvé aucune modification, s'étant trouvée altérée conjointement avec la substance blanche lorsque les mouvemens avaient été lésés en même temps que l'intelligence, la substance blanche s'étant trouvée seule altérée lorsque les mouvemens seuls avaient été affectés, l'intelligence étant restée saine, on doit conclure que la substance corticale préside à l'intelligence, et la substance blanche aux mouvemens.

Le corps strié s'étant trouvé altéré seul toutes les fois que l'extrémité inférieure avait été seule paralysée, la couche optique s'étant rencontrée malade lorsque les mouvemens du bras avaient été lésés, enfin ces deux parties ayant été vues désorganisées lorsque l'hémiplégie était complète, on doit conclure que le corps strié est affecté aux mouvemens de l'extrémité inférieure, et la couche optique à ceux du bras.

Si l'expérience confirme ces données, on pourra donc reconnaître *à priori* laquelle de ces parties est altérée, selon que l'intelligence ou les mouvemens du bras ou de la jambe seront le siége isolé ou simultané des phénomènes morbides.

Marche de la maladie. Sous le rapport du diagnostic, la marche de la maladie est du plus haut intérêt, puisqu'elle sert presque seule à la caractériser. Elle est essentiellement croissante. D'abord, signes légers de congestion; puis fourmillemens, engourdissemens, pesanteur, roideur des membres d'un côté, céphalalgie opiniâtre; bientôt paralysie complète, immobilité, insensibilité, douleurs, contractures, convulsions dans ces membres; faiblesse de l'intelligence; altération des sens; enfin coma, résolution générale; mort. A ce tableau, il est difficile de ne pas distinguer la maladie qui nous occupe de toutes les autres affections cérébrales.

Diagnostic différentiel. Maintenant cherchons, d'une manière plus précise, en quoi le ramollissement diffère des maladies qui peuvent être confon-

dues avec lui. Ces maladies sont : la congestion sanguine ou séreuse, la méningite, l'apoplexie, les hémorrhagies entre la dure-mère et le feuillet de l'arachnoïde qui la tapisse, le cancer du cerveau, les tumeurs fongueuses de la dure-mère, les tubercules, les acéphalocystes, les tumeurs osseuses des parois internes du crâne, quelques névroses, etc.

1°. *Congestion sanguine.* Aux symptômes généraux, à l'invasion brusque, à sa terminaison prompte, soit heureuse ou fatale, il est impossible de ne pas distinguer cette maladie du ramollissement.

2°. *Congestion séreuse.* Symptômes généraux et graduels. Cette maladie est le plus ordinairement la conséquence d'une autre affection cérébrale, presque toujours facile à reconnaître.

3°. *Arachnitis.* Symptômes généraux; phénomènes fébriles très prononcés, absence de signes précurseurs, ou bien signes précurseurs qui ne sont pas ceux du ramollissement; frisson, chaleur, perte de connaissance. Le délire n'est pas un symptôme nécessaire de l'arachnitis, il ne peut exister que lorsque la partie pensante de l'encéphale est lésée primitivement ou secondairement; car, si elle était parfaitement dans l'état physiologique, il ne pourrait y avoir délire. — Dans des cas extrêmement rares, l'arachnitis donne lieu à des phénomènes locaux; c'est que l'inflammation est alors plus prononcée d'un côté que de l'autre. Ce cas est fort obscur pour le diagnostic.

4°. *Apoplexie.* Nous entendons par *apoplexie* hémorrhagie dans le cerveau. Cette maladie res-

semble beaucoup au ramollissement, et par ses symptômes et par sa fréquence. Nous la distinguons, pour la facilité du diagnostic, en apoplexie forte, apoplexie moyenne, apoplexie faible.

a. Si elle est forte, le carus arrive sur-le-champ, sans prodromes; la paralysie est universelle; il y a résolution des membres, déjections involontaires, paralysie des sens, sterteur; le pouls est opprimé; le malade meurt en quelques heures, en deux ou trois jours au plus. Le ramollissement n'a jamais cette marche, ni une si courte durée.

b. L'*hémorrhagie moyenne*, la plus difficile à distinguer, arrive *tout à coup*; les symptômes sont portés de suite au plus haut point d'intensité, et diminuent les jours suivans, lorsque la maladie se termine par résolution. Lorsque la maladie doit se terminer par la mort, les symptômes vont ordinairement en croissant; mais alors au bout de quelques jours, il s'est formé un ramollissement autour de l'épanchement, qui est un véritable corps étranger. Le coma est le dernier symptôme du ramollissement; c'est le premier de l'apoplexie: les accidens diminuent dans celle-ci et vont en augmentant dans l'autre; lorsqu'ils augmentent dans l'hémorrhagie, il y a ramollissement, et d'ailleurs presque toujours absence de prodrome. Lorsqu'il a existé des phénomènes précurseurs, le ramollissement existait avant l'hémorrhagie. Ces signes annoncent, sans contredit, un travail dans le cerveau.

c. Si l'apoplexie est faible, il sera très facile de

la distinguer du ramollissement; il y a paralysie d'un membre, embarras de la langue, etc. Mais la résolution a lieu promptement; les symptômes diminuent graduellement, la convalescence s'établit: la marche du ramollissement est inverse.

5°. Je ne sais encore à quel signe on pourrait distinguer l'hémorrhagie qui a son siége entre la face externe du feuillet de l'arachnoïde et la face interne correspondante de la dure-mère; cette maladie est heureusement fort rare.

6°. Le *cancer du cerveau* commence par des douleurs de tête lancinantes, qui reviennent par accès, puis se rapprochent, et finissent par devenir journalières; plus tard, la paralysie, les convulsions, l'épilepsie, l'idiotisme, la manie, se déclarent; les membres sont le siége de douleurs *lancinantes*; la peau est jaune-paille. La marche de la maladie est essentiellement chronique, elle dure quelquefois plusieurs années. On ne saurait confondre cette maladie avec le ramollissement du cerveau.

7°. Les tumeurs fongueuses de la dure-mère ne donnent lieu à aucun signe qui puisse les faire reconnaître avant leur éruption au dehors, ce qui est sans doute dû à la lenteur du développement de la maladie; on ne peut donc l'assimiler à l'affection qui nous occupe. Sa marche est d'ailleurs chronique. Lorsque la tumeur fait saillie au dehors, toute erreur devient impardonnable.

8°. Les *acéphalocystes du cerveau* sont extrême-

ment rares, je n'en ai vu qu'une fois; leur marche est lente et chronique.

9°. Les *tubercules* du cerveau ne donnent pas lieu à des symptômes locaux, ainsi qu'on pourrait le croire. Dans les observations publiées jusqu'ici, on a noté une céphalalgie très intense et surtout un vomissement des plus opiniâtres, et quelques phénomènes généraux, tels qu'étourdissemens, faiblesse, impossibilité de se tenir debout. Cette maladie ne ressemble en rien à celle qui nous occupe. Quoi qu'on ait publié récemment, nous persistons à croire cette affection fort rare. Les observations rapportées dans un certain Mémoire nous paraissent peu dignes de confiance.

10°. *Tumeurs osseuses des parois internes du crâne.* A supposer que l'analogie des symptômes pût faire confondre cette maladie avec le ramollissement, son extrême rareté mettrait du moins à l'abri d'erreurs nombreuses. Mais il est encore des signes distinctifs. Sa marche est beaucoup plus lente; elle est consécutive à d'anciennes affections vénériennes; les parois externes du crâne sont semées d'exostoses, ainsi que les os longs; des douleurs ostéocopes se font sentir.

11°. La *syncope* est caractérisée par la perte de connaissance, la pâleur de la face, le ralentissement de la circulation et de la respiration, avec résolution des membres. Elle dure peu et ne laisse nulle trace. Les symptômes sont généraux.

12°. Dans l'*asphyxie*, il y a injection violette de

la face, suspension de la respiration et de la circulation, froideur de la peau, résolution des membres; symptômes généraux, et toujours cause spéciale facile à reconnaître.

13°. La *léthargie* n'est qu'un carus profond; ce n'est qu'un symptôme de diverses affections cérébrales.

14°. Pour l'*épilepsie*, convulsions violentes, ordinairement de courte durée, auxquelles succède un sommeil stertoreux; symptômes généraux, à peu près de même pour l'hystérie.

15°. Dans la *catalepsie*, le malade conserve la position qu'on imprime à ses membres; le pouls et la respiration sont lents; les phénomènes sont généraux, et présentent une physionomie toute particulière.

Traitement. Il ne saurait y avoir de préservatif, puisqu'on ne connaît point encore les causes prédisposantes et les prédispositions du ramollissement du cerveau; mais lorsque les symptômes qui caractérisent la première période viennent à se manifester, tels que douleurs de tête, vertiges, tendance au sommeil, perte de la mémoire, engourdissemens, pesanteurs, fourmillemens, roideurs, douleurs dans quelque membre, diminution, exaltation, perversion de l'intelligence, il faut les combattre sur-le-champ.

A. (*Hygiène.*) Les substances alimentaires et médicamenteuses qui exercent sur l'encéphale une action forte et prompte, devront être rejetées avec sévérité. Le vin, les alcoholiques, le café, les épices,

sont de ce nombre. Les excès de table sont dangereux. Le régime sera doux, peu abondant; il faut avoir recours à une alimentation facile et peu réparatrice. (*Voyez* le Cours élémentaire d'Hygiène, pour les détails.)

L'impression d'un air froid sur la tête peut être favorable; il faut éviter le passage subit dans un lieu échauffé; le malade habitera un lieu frais.

On devra proscrire avec sévérité tout ce qui, comprimant les membres ou les organes contenus dans les cavités, pourrait favoriser la congestion cérébrale. Les bains chauds devront être interdits, ainsi que les bains froids; les bains tièdes seuls pourront être permis, quoique avec beaucoup de réserve. Les lotions froides sur la tête pourront être avantageuses, pourvu qu'on ne permette pas à la réaction de s'établir; on prescrira dans le même moment des pédiluves sinapisés.

Les excrétions habituelles seront entretenues avec avantage; mais il faut éviter soigneusement le coït.

On évitera avec le même soin les exercices trop violens; les passions vives, les contentions d'esprit, les veilles, seront encore plus funestes. L'âge, les forces, la constitution, les habitudes, et l'état du malade devront faire modifier ces préceptes.

B. (*Pharmacie.*) Les moyens pharmaceutiques à employer dans la première période seront indiqués d'après les règles générales de la thérapeutique. On rappellera avec avantage un exanthème supprimé, une hémorrhagie ou une évacuation habituelle quel-

conque; les saignées générales et locales, les évacuations, les révulsifs, seront employés, selon les cas, pour remplir ces indications.

Dans la *deuxième période*, ce sont encore les mêmes moyens dont il faut faire usage; mais l'intensité des symptômes exige qu'ils soient plus énergiques. Si la maladie paraît de nature inflammatoire, après avoir combattu la cause supposée, rappelé une hémorrhagie, un écoulement, une éruption, etc., le traitement antiphlogistique devient indispensable. Les saignées générales et locales, les délayans, les laxatifs légers, les adoucissans, la diète sevère, devront être ordonnés.

Lorsque la maladie ne présente pas le caractère inflammatoire, non-seulement il faudra s'abstenir des moyens débilitans; mais on devra, dès le principe, appliquer les moyens rubéfians, porter des irritans sur les gros intestins, avoir même recours aux toniques, aux aromatiques, aux excitans intérieurs, etc.

Chacune des complications que nous avons signalées apportera quelques modifications dans la thérapeutique, selon sa nature. On rejettera surtout avec la plus rigoureuse sévérité tout traitement purement empirique.

FIN.

TABLE ANALYTIQUE
DES MATIÈRES
CONTENUES DANS CET OUVRAGE.

DÉDICACE au Conseil général des Hospices de Paris, page v.

AVANT-PROPOS, page vij.

INTRODUCTION de la première édition, page 1. On doit publier la vérité, quelle qu'elle soit, 2. Mépriser les critiques injustes, 3. Garans de la fidélité des observations, 4. Comment furent faites les premières observations de ramollissement, 5. On ne reconnaît pas les premiers cas qu'on observe, 6. On les prend pour des apoplexies; aujourd'hui on le reconnaît bien, 7 et 8.

CHAPITRE PREMIER. *Maladie simple et régulière*, 9. On doit conserver le nom de ramollissement, qui indique le principal phénomène de la maladie; pourquoi? 10.

PREMIÈRE SECTION, 12. *Symptômes, ibid.* On distingue deux périodes.

§ Ier. 1re *période*, 12. Phénomènes vagues, généraux ou locaux; encéphaliques ou organiques; douleur de tête, vertiges, diminution de l'intelligence, tendance au sommeil, lenteur des réponses, embarras de la langue, changement d'humeur; fourmillemens, engourdissemens, roideur, pesanteur, douleur dans les membres d'un côté du corps, etc.; inappétence, soif; nausées, vomissemens, dévoiement ou constipation; rarement déjections involontaires.

§ II. 2e *période*, 17. Perte plus ou moins subite de l'usage de quelques membres; coma plus ou moins profond, 18; diminution, abolition de la contractilité, *ibid.*; engourdisse-

mens, pesanteur, fourmillemens, picotemens, élancemens, douleurs, roideur, contracture, convulsion, 18 — 19. Pâleur ou injection de la face, douleur de la tête, *ibid.* Délire, stupeur, *ibid.* Faiblesse des sens, 20. Symptômes fournis par la vie organique, 20 — 21.

DEUXIÈME SECTION. *Marche de la maladie*, 21. Progrès croissans jusqu'à la mort, *ibid.* Marche aiguë ou chronique, 22. *Observations de ramollissement du cerveau simple et régulier*, 23.

Ire OBSERVATION, par M. Bardin, élève interne, 23. Signes précurseurs, engourdissemens du *côté gauche*, marche croissante, douleur de tête, etc. Ouverture, 26. Adhérence des membranes avec la partie interne, moyenne, supérieure du lobe *droit*, très ramolli.

IIe OBSERVATION, par M. Calmeil, 28. Signes précurseurs; perte de la vue, pesanteur et douleur particulière de la tête; coma; paralysie du côté gauche; marche croissante; ouverture, 30. Excessif ramollissement du lobe droit.

IIIe OBSERVATION, par M. Leblond, élève interne, 31. Signes précurseurs, étourdissemens, paralysie commençante; marche croissante; paralysie complète du côté gauche; intégrité de l'intelligence; ouverture, 32. L'hémisphère gauche réduit en bouillie; autres altérations dans le côté droit.

IVe OBSERVATION, par M. Delaye, élève interne, 33. Apoplexie ancienne; hémiplégie du côté gauche; coma, douleur de tête; les signes précurseurs n'ont pas été signalés; ouverture, 35. Côté droit du cerveau ramolli; traces d'ancien épanchement.

Ve OBSERVATION, par M. Bardin, 36. Signes précurseurs; difficulté de se servir du bras droit; étourdissemens; réponses lentes; paralysie du bras droit; marche croissante; ouverture, 38. Ramollissement des deux corps striés, mais plus marqué à gauche.

VIe OBSERVATION, par M. Garnier, 40. Signes précurseurs;

douleurs dans le bras droit; céphalalgie; perte de la parole; paralysie complète; marche croissante; ouverture; 42. Ramollissement de l'hémisphère gauche; traces d'ancienne apoplexie.

VIIe OBSERVATION, 43. Ancienne apoplexie; céphalalgie; délire; intégrité de l'intelligence et des sens; puis perte complète de connaissance; résolution des membres; ramollissement de la partie moyenne de l'hémisphère droit; kyste apoplectique.

VIIIe OBSERVATION, par M. Foville, élève interne, 45. Apoplexie ancienne; hémiplégie à gauche; engourdissement récent du même côté; délire; céphalalgie; paralysie complète; marche croissante; mouvemens convulsifs du côté non paralysé; ouverture, 47; ramollissement de l'hémisphère droit à sa partie postérieure, à sa superficie; kyste apoplectique du même côté; rougeur de l'hémisphère gauche.

IXe OBSERVATION, par M. Leblond, 48. Perte subite de connaissance; paralysie du bras gauche; motilité des jambes, douleur à la partie antérieure gauche de la tête; faiblesse de l'intelligence; marche croissante; injection des vaisseaux; adhérence intime de l'arachnoïde avec le cerveau.

Xe OBSERVATION, par M. Droullin, 51. Ancienne apoplexie; vertiges; perte de connaissance; affaiblissement de l'intellect; engourdissemens et douleurs dans la jambe gauche; paralysie et contracture du bras et de la jambe gauches; hémiplégie; somnolence; coma; paralysie; marche croissante; ouverture, 55; côté droit ramolli; couche optique droite réduite en bouillie; vestige d'hémorrhagie.

XIe OBSERVATION, par le même, 56. La démarche est d'abord vacillante; puis coma; roideur des membres; abolition des fonctions des sens; pupille gauche plus dilatée que la droite; ouverture, 58; substance corticale rosée; corps strié gauche réduit en putrilage; le droit y participe.

XIIe OBSERVATION, par le même, 60. Signes précurseurs; dé-

mence sénile; hémiplégie du côté droit; convulsion des membres; dilatation de la pupille droite; marche croissante; ouverture, 62; altération des deux hémisphères, un peu plus prononcée à droite; marbrure générale; kyste apoplectique à gauche.

XIIIe OBSERVATION, par M. Foville, 63. Ancienne apoplexie, suivie de paralysie du côté droit; douleurs vagues dans le membre paralysé; fourmillemens, engourdissemens; intelligence libre; céphalalgie; progrès; paralysie complète; mort; dans l'hémisphère gauche, kyste apoplectique; ramollissement environnant.

XIVe OBSERVATION, par le même, 65. Impression morale, désordre intellectuel; bientôt engourdissement du bras gauche, fourmillemens, contracture, puis paralysie complète; la jambe participe plus tard aux accidens; ramollissement superficiel du lobe postérieur de l'hémisphère droit s'étendant au lobe moyen.

XVe OBSERVATION, par M. le docteur Sc. Pinel, 67. Céphalalgie, hémiplégie complète du côté gauche, délire, réponses tardives, coma; mouvemens involontaires des membres droits; altération des deux hémisphères.

XVIe OBSERVATION, par le même, 70. Fièvre intermittente; chutes sur la tête; mouvemens du bras droit impossibles, faiblesse intellectuelle; hémiplégie, coma profond; marche progressive; ramollissement du lobe gauche.

XVIIe OBSERVATION, par M. Foville, 72. Céphalalgie violente, douleurs, fourmillemens dans la main, l'avant-bras, puis la jambe gauche; bientôt mêmes accidens du côté droit; intégrité de l'intelligence; ramollissement double.

XVIIIe OBSERVATION, 76. Diminution de la sensibilité et de la motilité du côté droit; céphalalgie; perte de la parole; augmentation de la douleur de tête et de la paralysie; déjections involontaires. Lobe gauche ramolli, comme ecchymosé.

CHAPITRE IIe. *Maladie simple, mais anomale*, 78.

Anomalies fréquentes. Elles rendent le diagnostic obscur; ramollissement latent, 79. Symptômes contraires à la marche régulière, *ibid.* Absence des signes précurseurs, plus rare qu'on ne pourrait le croire, dépend souvent de l'incurie de l'observateur; le malade ne peut les indiquer; les étrangers les ignorent.

XIXe OBSERVATION, par M. Fn Calmeil, 80. Absence de signes précurseurs; perte de la vue, céphalalgie, faiblesse des mouvemens, ramollissement des deux lobes antérieurs.

XXe OBSERVATION, par M. Leblond, 83. Absence de signes précurseurs; perte complète et subite de connaissance et de mouvemens, surtout du côté gauche; retour momentané des facultés intellectuelles; ramollissement de tout le lobe moyen de l'hémisphère droit.

XXIe OBSERVATION, par M. Delaye, 87. Douleurs générales, altération des traits de la face, agitation; symptômes vagues non déterminés; puis engourdissement du bras gauche, assoupissement; bras gauche douloureux; marche croissante; ramollissement au centre de l'hémisphère droit, où siège un ancien épanchement.

XXIIe OBSERVATION, par M. Amussat, professeur particulier d'anatomie, etc., 91. Douleur de tête, tintement d'oreille; sens obtus; mouvemens convulsifs généraux; ouverture, 95. Destruction presque complète du septum médian.

XXIIIe OBSERVATION, par M. Leblond, 97. Ancienne aliénée; perte subite de connaissance; paralysie des sens et du côté droit; ecchymose à la partie antérieure de l'hémisphère droit, se prolongeant sur la circonvolution voisine, superficielle; plusieurs ecchymoses semblables en arrière; ramollissement du corps strié.

XXIVe OBSERVATION, par M. Foville, 99. Absence de signes précurseurs; état comateux, hémiplégie à droite, marche croissante; mort le septième jour. Examen du cadavre, 100. Hémisphère gauche presque entièrement ramolli.

XXVe OBSERVATION, par le même, 101. Hémiplégie du côté

gauche; embarras de la langue; deux attaques d'apoplexie antécédentes; douleurs des membres; ramollissement considérable du centre de l'hémisphère droit du cerveau.

XXVIe OBSERVATION, par M. U. Trélat, 103. Absence de signes précurseurs; coma; résolution des membres du côté droit; abolition des sens et de la parole; marche progressive; autopsie, 106. Ramollissement considérable de l'hémisphère gauche postérieurement.

XXVIIe OBSERVATION, par M. Droullin, 107. Délire sénile; douleurs dans les membres, douteuses; assoupissement; bras gauche contracté, insensible; la jambe encore sensible; le bras droit se meut avec peine, il est insensible; la jambe droite est paralysée au même degré; progrès, mort; ramollissement de la partie postérieure du corps calleux; endurcissement de la partie postérieure et moyenne de l'hémisphère droit.

XXVIIIe OBSERVATION, 110. Aliénée; coma, céphalalgie, délire; progrès; ramollissement des corps cannelés et de la couche optique des deux côtés.

XXIXe OBSERVATION, 112. Absence de signes précurseurs; hémiplégie à droite; paralysie de la langue; coma; amélioration dans les accidens; puis progrès en mal. Ramollissement de la partie inférieure du lobe postérieur du côté droit. La plupart des anomalies trouvent leur explication dans le siége ou la nature des altérations, 113. La nature n'erre jamais.

XXXe OBSERVATION, par M. Calmeil, 114. Faiblesse et douleurs des membres; céphalalgie; gêne des mouvemens du bras gauche; pesanteur, engourdissemens de l'extrémité inférieure du même côté; intelligence libre; progrès, mort. Ramollissement du cerveau plus prononcé dans certains points: les symptômes ont été réguliers, l'altération est douteuse.

CHAPITRE IIIe. *Complication de la maladie*, 116. Elle se complique avec l'apoplexie, la méningite, le cancer

du cerveau, les tubercules, les acéphalocystes et autres lésions de l'encéphale; toutes les phlegmasies des autres viscères, et même la plupart des affections connues peuvent compliquer le ramollissement.

XXXIe OBSERVATION, par M. le docteur Pinel fils, 117. Céphalalgie; douleur dans l'oreille gauche; perte subite de connaissance; paralysie complète à gauche; coma; réponses tardives; céphalalgie à droite; pupille droite immobile. Amélioration, puis délire; l'état s'aggrave de nouveau; déjections involontaires; mort; ouverture, 120. Hémisphère droit ramolli à sa partie interne, supérieure et postérieure; léger épanchement sanguin au-dessous.

XXXIIe OBSERVATION, par M. Bouresche, 121. Perte subite de connaissance, coma; nul signe précurseur; immobilité, roideur de tout le côté droit; progrès. Ouverture, 123. Au centre du lobe moyen gauche, ramollissement jaunâtre; épanchement dans le corps strié.

XXXIIIe OBSERVATION, par M. Garnier, 124. Perte subite, sans phénomènes précurseurs, de l'usage du bras et de la jambe gauches, sans perte de connaissance; paralysie complète, coma; progrès, mort. Ouverture, 126; ramollissement considérable de la portion antérieure droite; épanchement léger dans la couche optique gauche.

XXXIVe OBSERVATION, par M. F^{ll} Calmeil, 127. Ancienne apoplexie avec paralysie du côté droit; engourdissement de ce côté, intelligence obtuse; paralysie complète; marche progressive; mort. Examen du corps, 128; ramollissement extérieur du lobe postérieur gauche; au-dessous est un ancien épanchement sanguin; cicatrice du cerveau à sa partie inférieure et postérieure. Lorsqu'il existe en même temps épanchement sanguin et ramollissement, lequel des deux a précédé l'autre? 129. Le ramollissement est une maladie primitive, dans le plus grand nombre de cas, 130; il favorise l'épanchement; mais il lui est souvent consécutif, *ibid.*

XXXVe OBSERVATION, par M. Sc. Pinel fils, 130. Aliénation passagère; céphalalgie, délire, vertiges; paralysie à droite; couleur jaune de la face; délire continuel; céphalalgie antérieure, lancinante; émission involontaire des urines; cris; déjections involontaires; coma; douleurs des membres paralysés au moindre contact; progrès, mort. Ouverture, 132. Hémisphère gauche ramolli; dans le corps strié, tumeur cancéreuse de la grosseur d'une noix; côté droit plus sain, mais petite tumeur cancéreuse à sa partie postérieure inférieure.

XXXVIe OBSERVATION, par M. Bouresche, 133. Céphalalgie habituelle; douleurs des membres; faiblesse subite de la jambe gauche; pesanteur de tête, vue obscure; couleur jaune de la peau; céphalalgie lancinante au côté droit de la tête; contraction des muscles de la jambe gauche; persistance et même amélioration des phénomènes; à la suite d'un chagrin violent, l'état s'aggrave et la malade meurt. Ouverture, 135. Cancer du lobe moyen droit; ramollissement environnant. Cet exemple prouve que la paralysie peut commencer par l'extrémité inférieure, quoique la lésion soit dans le cerveau, 137. Elle ne peut être ailleurs lorsqu'il n'y a qu'hémiparaplégie; pourquoi, *ibid.*

XXXVIIe OBSERVATION, par M. Droullin, 139. Ramollissement du cerveau, tumeur fongueuse de la dure-mère; hémorrhagie dans la protubérance annulaire; paralysie d'abord bornée au bras droit, puis générale; coma.

XXXVIIIe OBSERVATION, par M. Bardin, 143. Péripneumonie et ramollissement du cerveau; contraction du bras droit, à la suite d'engourdissemens et de fourmillemens; état singulier du cervelet, déprimé par une exostose; ramolli.

XXXIXe OBSERVATION, par M. Jeanton, 146. Péripneumonie et ramollissement; nuls signes précurseurs; seulement caractère singulier; hémiplégie à gauche; l'hémisphère droit semble le siége d'une hémorrhagie avortée; une légère quantité de pus dans l'hémisphère gauche; poumon hépatisé; commencement de résolution.

XL[e] OBSERVATION, 149. Entérite et ramollissement; superpurgation; délire, céphalalgie; bras droit paralysé et douloureux; le corps strié gauche réduit en bouillie; intestins enflammés.

CHAPITRE IV[e]. *Durée de la maladie*, 152. Rien de plus difficile à fixer; invasion obscure. On doit compter de l'apparition des premiers symptômes: cependant la maladie ne commence bien qu'à la deuxième période. La durée de la première période varie depuis quelques jours jusqu'à quelques mois, 153. Circonstances qui la font varier, *ibid.* Celle de la deuxième période varie depuis deux ou trois jours jusqu'à deux ou trois mois, *ibid.* Ordinairement durée des maladies aiguës; causes qui la font varier, 154.

CHAPITRE V[e]. *Fréquence de la maladie*, 155. Plus fréquente que l'apoplexie.

CHAPITRE VI[e]. *Altérations pathologiques*, 157. Degré de consistance varie, 158; sa couleur, *ibid.*; sa profondeur, 159; siége, 160 et suiv.; étendue, 161; nombre des altérations, 162.

CHAPITRE VII[e]. *Nature de la maladie*, 163. La recherche de la nature des maladies fait souvent commettre des erreurs; ramollissement quelquefois inflammatoire; pourquoi, 164. Souvent non inflammatoire; pourquoi, 165. Vice de raisonnement qui a fait admettre qu'il était toujours inflammatoire, 166. De ce qu'une chose existe souvent d'une manière, on ne doit pas conclure qu'elle existe toujours de cette manière, 168. Quelle est donc alors la nature? 169.

CHAPITRE VIII[e]. *Terminaison et pronostic de la maladie*, 171. Le ramollissement est-il susceptible de se résoudre? *ibid.* Les observations publiées ne sont pas concluantes.

XLI[e] OBSERVATION, par M. Lembert, 172. Ramollissement présumé résolu; céphalalgie intense du côté droit; côté gauche pesant, fatigué; picotemens, fourmillemens, engourdissemens; sens obtus; intelligence libre; augmentation des accidens, puis diminution graduelle successive;

guérison. Ce cas ne peut faire que soupçonner la résolution, 175. Dans d'autres cas, certaines altérations cérébrales semblent ne pas appartenir à l'apoplexie guérie; seraient-elles les résultats d'anciens ramollissemens? L'induration est-elle la terminaison du ramollissement? 176. Observation de M. Sc. Pinel à ce sujet, 176. Le cancer est une maladie primitive, 177 et 178. Abcès, 179. Gangrène; serait-elle le ramollissement? La mort, terme à peu près inévitable, 180 — 189.

CHAPITRE IXe. *Causes de la maladie*, 183. Causes prédisposantes à peu près nulles, 183; la vieillesse paraît prédisposer à cette maladie, *ibid.*; causes excitantes, 184; toutes celles qui ont une action directe sur l'encéphale; le chaud, le froid intense; les coups, les chutes; les travaux de l'esprit; les affections de l'âme; les boissons alcooliques; les substances qui agissent promptement sur l'encéphale.

CHAPITRE X^e^. *Ramollissement de la moelle épinière*, 186. Donne lieu à des phénomènes généraux; pourquoi, *ibid.*; altère le mouvement et le sentiment des bras, du tronc, des extrémités inférieures, du rectum et de la vessie, 187. Il est de deux natures, *ibid.*; inflammatoire ou non; ses signes varient selon la région qu'il occupe, *ibid.*

XLIIe OBSERVATION, par M. Foville, 188. Ramollissement de la moelle épinière; céphalalgie; congestion vers la tête; bientôt symptômes locaux; incessamment remplacés par des phénomènes généraux de paralysie, etc.

XLIIIe OBSERVATION, par M. Pinel fils, D. M., 191. Affection morale; abolition des fonctions des sens et de l'intelligence; démence; réponses tardives; inertie des mouvemens; somnolence; convulsions du tronc; succession rapide des symptômes les plus graves; ouverture, 192; ancienne inflammation de l'arachnoïde; ramollissement pultacé de la moelle, depuis la quatrième vertèbre cervicale jusqu'à la première lombaire.

XLIIIe OBSERVATION *bis*, par le même, 193. Mêmes phéno-

mènes que dans la précédente à peu près. Réflexions de M. Sc. Pinel sur ces observations, 196 et suiv.

XLIVe OBSERVATION, par M. Leloutre, élève interne, 201. Paraplégie traumatique; paralysie des membres inférieurs, de la vessie et du rectum; tégumens de l'abdomen insensibles à leur partie inférieure; urines sanglantes; l'hypogastre recouvre un peu de sensibilité; rigidité des muscles du cou; mort le septième jour; ouverture, 204. Apophyses épineuses des dixième et onzième vertèbres fracturées; fracture et déplacement du corps de la onzième vertèbre; moelle épinière comprimée et détruite au point correspondant.

XLVe OBSERVATION, par le même. Paraplégie traumatique; la peau du tronc, excepté à la partie supérieure, a perdu sa sensibilité; paralysie des extrémités inférieures; diminution des forces des supérieures; paralysie de la vessie et du rectum; érection, qui cesse après le cathétérisme; délire; respiration très difficile; mort; ouverture, 207. Fracture de l'apophyse inférieure gauche de la cinquième vertèbre cervicale; rupture de ses ligamens; moelle ramollie et mêlée de stries sanglantes dans le point correspondant.

XLVIe OBSERVATION, par le même, 208. Paraplégie traumatique; paralysie du sentiment et du mouvement des membres pelviens; la peau des cuisses est encore sensible antérieurement, ainsi que celle du pénis; paralysie de la vessie et du rectum; diminution de la sensibilité; mort; ouverture, 210. Ecartement manqué entre les apophyses épineuses de la dernière vertèbre dorsale et de la première lombaire; la moelle correspondante est diffluente et couleur chocolat.

CHAPITRE XIe. *Diagnostic*, 211.

PREMIÈRE PARTIE. *Appréciation des différens symptômes; leur conversion en signes*, 211. Dans le diagnostic, consiste toute la médecine; lui seul fournit des indications thérapeutiques rationnelles; ces vérités ne sont pas assez reconnues. Quand il ne conduit pas à guérir, il conduit au moins

à ne pas nuire, 212, et donne l'espoir qu'on pourra guérir un jour; il donne l'avantage de reconnaître des maladies qu'on peut guérir de celles qui sont incurables, 213.

Première section. *Appréciation des symptômes de la première période*, 213. *Céphalalgie*, *ibid.*; elle indique un travail local dans le cerveau. *Vertiges*, 214; indiquent une congestion. *Diminution de l'intelligence*, 214 — 215; ne localise pas l'affection du cerveau. *Tendance au sommeil*, 216; indique une congestion. *Le délire*, *ibid.*; travail inflammatoire; mais ne peut servir à localiser l'altération. La *démence*, l'*idiotisme sénile*, 217, ne sont pas des signes plus précis. La *pesanteur*, les *engourdissemens*, les *fourmillemens*, les *picotemens*, les *douleurs*, les *convulsions*, les *contractures*, etc., des membres d'un seul côté, servent à localiser l'affection, 217. Ils peuvent dépendre de toutes les lésions locales de l'encéphale. Les *lésions générales des sens* ne peuvent indiquer un travail local, 219; mais celles d'un seul sens peuvent concourir à déterminer le siége précis de la maladie. Symptômes fournis par les fonctions organiques, 220.

Deuxième section. *Appréciation des phénomènes de la deuxième période*, 221. Ils ne sont que l'exagération des précédens; ils augmentent quelquefois subitement, ordinairement d'une manière plus ou moins graduelle. *Paralysie des membres*, 222. C'est le symptôme le plus constant; elle indique une lésion locale; indépendamment des lésions cérébrales qui peuvent l'occasionner, elle peut dépendre encore d'autres altérations, 223. L'oblitération d'une artère peut lui donner lieu; signes qui caractérisent cette dernière, 224.

XLVIIe observation, par M. Foville, 225. Paralysie dépendante de l'oblitération de l'artère brachiale; inertie de l'intelligence; faiblesse générale, somnolence; réponses lentes; point de céphalalgie; paralysie du bras droit; froid, rougeur livide de ce membre; pouls insensible de ce côté;

jambe droite mobile ; augmentation des accidens ; mort, ouverture, 228. Artère brachiale droite oblitérée totalement, au niveau de l'insertion du deltoïde.

XLVIIIe OBSERVATION, par M. Leblond, 230. Paralysie dépendante de l'oblitération de l'artère fémorale; engourdissement et douleurs dans la jambe gauche ; elle est froide et livide. Nulle douleur de tête ; intelligence saine ; bras libres ; caillot fibrineux occupant toute la longueur de l'artère crurale. L'artère est rétrécie dans sa partie supérieure. La paralysie d'un membre peut dépendre d'une tumeur développée sur le trajet d'un nerf, 231. Signes caractéristiques. Il existe quelques paralysies dont il est difficile de déterminer le siége, 232. Paralysies par les vapeurs métalliques, etc. Vers la fin de beaucoup de maladies aiguës et de quelques maladies chroniques, on voit des paralysies et des contractures des membres ; manière de les distinguer, 232. Les maladies du cœur occasionnent souvent de semblables paralysies, 233. La péricardite donne lieu à des phénomènes cérébraux.

XLIXe OBSERVATION, par M. Foville, 233. Péricardite ayant produit des phénomènes cérébraux. Perte de connaissance ; yeux fixes, convulsés ; membres immobiles; face colorée ; pouls d'une petitesse extrême ; battemens du cœur presque insensibles. Péricardite, rien dans le cerveau, 235.

On reconnaît la paralysie par les vapeurs métalliques et les autres à la cause qui les produit, 235. Celle qui survient à la suite d'une affection grave, 236. Celle qui est le résultat d'un anévrysme, *ibid.* Lorsque la paralysie est générale, elle annonce une lésion générale ou centrale, *ibid.* ; ou la compression de l'hémisphère sain, 237. Elle commence ordinairement par le membre supérieur ; mais elle peut commencer par l'inférieur, *ibid.* Pourquoi, 238. La paraplégie est le signe d'une lésion de la moelle, ou de l'oblitération de l'aorte, 239. L'hémiparaplégie, de quoi elle dépend, *ibid.*

§ Ier. *Paralysie des sens*, 239. Mêmes réflexions; la paralysie croisée annonce une double altération, 240. La double

paralysie des sens annonce une affection générale, centrale, etc., *ibid.* Paralysie de la langue, ce qu'elle annonce; celle de la bouche, *ibid.*

§ II. *Douleurs des membres*, 241. Leur valeur isolées; accompagnées d'autres phénomènes cérébraux, elles annoncent souvent un travail inflammatoire; elles se manifestent dans le cancer du cerveau; leur caractère particulier dans ce cas.

§ III. *Contracture des membres*, 241. Convulsion tonique, signe presque certain de ramollissement, 242. Indique un travail inflammatoire; rare; générale, ce qu'elle annonce.

§ IV. *Convulsion clonique*; mêmes réflexions, *ibid.* N'est pas toujours un signe d'inflammation, ainsi que les douleurs et la contracture.

§ V. *Céphalalgie*, 242. Indique un travail local; ce signe est très précieux.

§ VI. *Etat de l'intelligence*, 243. Souvent libre, plus souvent inerte; à quoi due.

Délire, 245. *Voyez* la première section.

§ VII. *Somnolence*, *coma*, *carus*, 245. Effet de la compression générale de la substance cérébrale.

§ VIII. *Rougeur de la face*, 246. Phénomène fort commun dans les maladies; ce qu'il indique; ses caractères dans cette maladie.

Plaintes des malades, *agitations*, *ibid.* Servent à confirmer le diagnostic, lorsqu'elles arrivent avec d'autres signes. Les symptômes fournis par la vie organique ne donnent aucune lumière pour le diagnostic local, mais font naître des indications thérapeutiques, 247.

TROISIÈME SECTION. *Diagnostic local*, 247. Auteurs qui se sont occupés de localiser les fonctions cérébrales; le parti qu'on peut tirer de leurs travaux pour le diagnostic. Les expériences sur les animaux vivans ne sont pas toujours concluantes, 248. Pourquoi. Opinion de M. Rolando, sur le

cerveau et le cervelet, *ibid.* Celle de M. Flourens, 249. Celle de MM. Delaye, Foville et Pinel-Granchamp, *ibid.* La substance grise, siége de l'intelligence; la substance blanche, siége des mouvemens; le corps strié préside aux mouvemens du membre pelvien, la couche optique à ceux du membre thorachique; le cervelet est le foyer de la sensibilité générale, 250. Faits à l'appui, 251.

Le OBSERVATION, par M. Foville, 256. Atrophie du bras *droit*, coïncidente avec l'atrophie du lobe *postérieur* de l'hémisphère *gauche* du cerveau.

LIe OBSERVATION, recueillie par M. Lembert, 258. Lésion de l'intelligence, puis des mouvemens, etc.; altération de la substance corticale et de la substance médullaire, de la couche optique, etc.

QUATRIÈME SECTION. *Marche de la maladie sous le rapport du diagnostic*, 264. Elle seule fait reconnaître le ramollissement. Les complications jettent beaucoup d'obscurité sur le diagnostic, 267.

DEUXIÈME PARTIE. *Diagnostic différentiel*, maladies qui peuvent simuler le ramollissement; en quoi elles diffèrent de lui, *ibid.*

§ Ier. *Congestion sanguine cérébrale.* Elle est, la plupart du temps, une affection générale du cerveau; elle donne lieu à des phénomènes généraux; marche, durée et terminaison différentes, 268.

LIIe OBSERVATION, par M. Leblond, 268. Perte subite et complète de connaissance, sans signes précurseurs; carus; délire taciturne; point de paralysie. Ouverture, 269. Infiltration générale de l'arachnoïde et de la pie-mère; teinte rosée du cerveau.

LIIIe OBSERVATION, 270. Rougeur de la face; céphalalgie; coma; résolution de tous les membres; mort. Injection des méninges, rien dans le cerveau.

LIVe OBSERVATION, par M. Droullin, 272. Céphalalgie habituelle; congestions fréquentes; perte subite de connais-

sance; face rouge; pouls fort; retour de la conscience; céphalalgie; convalescence.

LVe observation, par M. Foville, 275. Tremblemens des membres, vertiges, éblouissemens, tintemens d'oreilles; chute; perte de connaissance; retour de la conscience, mais vertiges, tintemens, etc., plus forts; face colorée, pouls fort. Délayans, saignées; convalescence.

LVIe observation, par le même, 280. Emotion morale, perte de connaissance, qui se dissipe promptement; bientôt face colorée, yeux brillans, agitation, délire; pouls fort; peau chaude; saignée; convalescence.

LVIIe observation, par le même, 281. Cécité à la suite d'impression morale; céphalalgies habituelles; bouffées de chaleur; gêne de la parole; perte de connaissance; embarras dans les mouvemens des membres et de la langue; réponses nulles; spasmes des membres; injection des membranes du cerveau; points rouges et livides dans le cerveau.

LVIIIe observation, par M. Germain, 285. Rougeur de la face; regard étincelant; vertiges, étourdissemens, tintemens d'oreilles, céphalalgie, pesanteur de tête; battemens des temporales. Guérison prompte, au moyen des antiphlogistiques.

LIXe observation, par le même, 287. Vertiges, étourdissemens, illusions d'optique; céphalalgie interne, perte de connaissance; délire (sangsues, émolliens), guérison prompte.

LXe observation, par M. Droullin, 288. Congestion et épanchemens légers. Congestions habituelles; vertiges; tintemens, bourdonnemens d'oreilles; perte subite de connaissance; rougeur de la face et des yeux; battemens des carotides et des temporales; pouls fort, peau chaude; main gauche peu mobile; saignée, délayans; guérison. Puis nouvelle congestion cérébrale; à peu près même marche.

LXIe observation, par M. Foville, 293. Congestion cérébrale; affection morale; perte de connaissance; convulsions générales; face injectée, brûlante; parole nulle; symptômes

bornés à un côté du corps; traitement anti-phlogistique; guérison prompte.

LXIIe OBSERVATION, par M. U. Trelat, 295. Congestions cérébrales antécédentes; étourdissement; chaleur vive à la tête; vue trouble, sans perte de connaissance; parole embarrassée; guérison prompte.

LXIIIe OBSERVATION, par le même, 299. Congestion cérébrale locale; vertiges; station impossible; parole embarrassée; bras et jambe gauches gênés dans leurs mouvemens; rougeur de la face; saignées, délayans; guérison prompte.

§ II. *Congestion séreuse hydrocéphale*, 303. Les auteurs ont pris la conséquence d'une maladie pour la maladie elle-même. Le ramollissement du cerveau est peut-être de toutes les maladies, celle qui donne le plus souvent lieu à cette collection de sérosité, 304. Elle donne lieu à des symptômes généraux, *ibid.*

§ III. *Arachnitis*, *ibid.* Phénomènes généraux; elle peut être confondue avec le ramollissement central, 305.

LXIVe OBSERVATION, par M. Leblond, 305. Ecoulement de l'oreille droite supprimé; perte de connaissance, tremblement des membres, contractions générales; face pâle, quelquefois contractée; déjections involontaires; mort. Ouverture, 307. Suppuration de l'arachnoïde à la surface externe; injection rosée de la substance corticale; sérosité floconneuse dans le ventricule droit, etc.

LXVe OBSERVATION. Méningite, par M. Calmeil, 308. Affection morale, état comateux, résolution de tous les membres, sterteur; puisloquacité remarquable, délire, parotide, convalescence; chute, contusion, stupeur, cris, agitation, céphalalgie, douleur dans le bras gauche; de nouveau parotide; mort. Ouverture, 311. Epaississement des méninges, production albumineuse; cicatrice dans le lobe droit postérieur du cerveau.

LXVIe OBSERVATION, par le même, 312. Arachnitis avec sup-

puration; altération de l'intelligence, des traits de la face; coma; peau chaude; prostration; délire, abattement extrême; mort. Ouverture, 314. Rougeur livide de la pie-mère et de l'arachnoïde; entre ces deux membranes et les circonvolutions, pus verdâtre; l'encéphale sain.

Le délire n'est pas un signe constant de la méningite; il n'est que symptomatique; l'arachnoïde ne pense pas, 315. L'arachnitis donne lieu quelquefois à des symptômes locaux; pourquoi, *ibid.*

LXVIIe OBSERVATION, par M. Bourse, 316. Suppuration de l'arachnoïde; apoplexie ancienne; puis nouvelle apoplexie; céphalalgie; parole gênée; inertie des sens; déjections involontaires; altération des traits; délire nul; mort. Ouverture, 318. Couche albumineuse et purulente dans l'intérieur même de l'arachnoïde; kystes apoplectiques.

LXVIIIe OBSERVATION, par M. Germain, 320. Méningite et péripneumonie latente; perte subite de connaissance; carus; insensibilité complète; retour de la sensibilité; réponses lentes; difficulté des mouvemens; mort, 322. Sérosité abondante entre l'arachnoïde et la pie-mère; injection très forte de la substance médullaire du cerveau; la grise rosée; hépatisation du poumon gauche.

LXIXe OBSERVATION, par M. Bouresche, 323. Arachnitis; affection morale; céphalalgie; délire; guérison. De nouveau céphalalgie, délire, guérison.

LXXe OBSERVATION, par M. Droullin, 325. Arachnitis; frissons; mouvemens convulsifs; perte de connaissance; traits altérés; rire sardonique; tremblement de la lèvre supérieure; trismus, céphalalgie du côté gauche; liberté des mouvemens; bourdonnement d'oreille; issue d'une grande quantité de pus par l'oreille; diminution du délire et des autres symptômes; progrès de la maladie; mort, 329.

Arachnoïde brunâtre, sanguinolente; injection du cerveau; sérosité roussâtre dans les ventricules; cellules mastoïdiennes remplies de pus.

Apoplexie, 330. L'apoplexie nerveuse n'existe pas, 331; toutes les morts par impression morale doivent dépendre d'un désordre organique. Si elle existait, elle donnerait lieu à des phénomènes généraux.

Hémorrhagie cérébrale, 332. Elle doit seule conserver le nom d'*apoplexie;* on doit la diviser en forte, moyenne et faible. *Forte:* carus subit; nul signe précurseur; paralysie générale; déjections involontaires; paralysie des sens; sterteur; mort en quelques heures, ou tout au plus en deux ou trois jours. Le ramollissement a une marche inverse et dure plus long-temps. *Petite* paralysie d'un membre; embarras de la langue, diminution prompte et graduelle des symptômes; marche inverse du ramollissement, 333. *Moyenne*, 334; participe de l'une et de l'autre; diminue graduellement, lorsqu'elle doit guérir; lorsqu'elle se termine par la mort, symptômes analogues au ramollissement, mais invasion brusque.

LXXIe OBSERVATION, par M. Bouresche, 293. Apoplexie forte. Perte subite de connaissance, sans symptômes précurseurs; paralysie du côté droit; carus profond; résolution générale; râle; mort, 337. Epanchement énorme dans tout l'hémisphère gauche.

LXXIIe OBSERVATION, par M. Germain, 338. Hémorrhagie cérébrale. Résolution des membres, surtout du côté gauche; perte subite et complète de connaissance; mouvemens convulsifs des yeux; insensibilité des sens; mort, 340. Epanchement considérable dans le cerveau.

LXXIIIe OBSERVATION, par le même, 343. Epanchement de sang considérable dans le cerveau; perte de connaissance, chute; coma; résolution des membres; mort, 344. Enorme épanchement du côté droit du cerveau.

LXXIVe OBSERVATION. Apoplexie moyenne, par M. Foville, 345. Ex-aliénée. Etourdissemens, perte de connaissance; paralysie complète du bras gauche; trouble dans les mouvemens de la jambe du même côté. Nul signe précurseur.

Mort, 347. Substance corticale rougeâtre; épanchement de sang dans la partie postérieure de l'hémisphère droit en dehors de la couche optique.

LXXVe observation, par M. Delaye, 348. Perte subite de connaissance, pupilles mobiles. Sterteur; signes précurseurs nuls. Mort, 349. Couleur rosée du cerveau, épanchement dans le corps strié du côté droit.

LXXVIe observation, par M. Droullin, 350. Apoplexie d'abord légère, puis moyenne; étourdissement, embarras de la langue; le lendemain, perte de connaissance et de l'usage du bras droit; faiblesse de la jambe; traitement anti-phlogistique; disparition graduelle et successive des phénomènes morbides.

LXXVIIe observation, par le même, 354. Hémorrhagie cérébrale au deuxième degré; congestion cérébrale antécédente, puis perte subite de connaissance; strabisme de l'œil droit, paralysie de la paupière supérieure; hémiplégie du côté droit, coma; diminution mais bientôt retour des accidens. Mort, 358. Epanchement dans le corps strié et le ventricule gauche.

LXXVIIIe observation, par le même, 359. Perte de connaissance, hémiplégie du côté gauche; coma profond, progrès des accidens. Mort, 362. Epanchement entre la substance blanche et la corticale de la partie moyenne de l'hémisphère droit.

LXXIXe observation, par M. Germain, 363. Perte subite de connaissance et des mouvemens du côté droit; immobilité des pupilles. Mort, 365. Epanchement considérable dans l'hémisphère gauche.

LXXXe observation, par M. Foville, 367. Nuls signes précurseurs; perte subite de connaissance; hémiplégie complète du côté droit, déviation de l'œil du même côté, mutisme; rougeur de la face, force du pouls, chaleur à la peau; traitement anti-phlogistique, disparition graduelle des symptômes.

LXXXIe OBSERVATION, par M. Bardin, 369. Perte subite de connaissance, sans signes précurseurs; paralysie du membre supérieur droit; mort au bout de trente-deux jours. Epanchement à la partie supérieure et moyenne de l'hémisphère gauche.

LXXXIIe OBSERVATION, par M. Droullin, 372. Ancienne apoplexie; apoplexie récente, paralysie du bras et de la jambe gauches; perte subite de connaissance; paralysie du côté droit; coma, immobilité des pupilles. Mort, 375. Restes d'un ancien épanchement dans l'hémisphère droit; dans l'hémisphère gauche, cicatrice ancienne au-dessous de laquelle est un nouvel épanchement.

LXXXIIIe OBSERVATION, par M. Pinel-Granchamp, 377. Perte subite de connaissance; hémiplégie du côté gauche; diminution graduelle des accidens; chute, retour des accidens; plusieurs autres chutes; enfin, coma, mouvemens convulsifs, tête fortement penchée en arrière; yeux fortement tournés en haut. Mort, 381. Lobe gauche, traces anciennes de deux petits épanchemens dans la substance blanche, laquelle est fortement injectée; épanchement récent à la surface du corps strié. Lobe droit, épanchement considérable en voie de résolution; épanchement sanguin récent au milieu de la substance blanche du lobe gauche du cervelet.

LXXXIVe OBSERVATION. Apoplexie faible, par M. Bourse, 383. Engourdissement dans toute la partie droite du corps; aucun dérangement de l'intelligence, nulle céphalalgie; puis perte de connaissance, roideur dans les membres droits, embarras de la langue, intégrité des sens; disparition des accidens.

LXXXVe OBSERVATION, par M. Droullin, 385. Apoplexie légère, hémiplégie du côté droit, sans perte de connaissance, sans signes précurseurs; intégrité des sens et de l'intelligence; résolution.

LXXXVIe OBSERVATION, par M. Calmeil, 387. Perte subite des mouvemens du côté gauche, intégrité des sens et de l'intelligence; résolution.

LXXXVIIe OBSERVATION, par M. Germain, 389. Légère apoplexie, préeédée de congestion; étourdissemens, vertiges, céphalalgie, battemens des artères temporales, puis perte de connaissance, engourdissement du côté gauche. Traitement anti-phlogistique, état stationnaire, puis diminution et disparition des accidens.

LXXXVIII[e] OBSERVATION, par M. Droullin, 391. Perte subite de connaissance et des mouvemens du côté droit; retour prompt de la connaissance; résolution graduelle.

LXXXIX[e] OBSERVATION, par M. Garnier, 394. Pertes fréquentes de connaissance; paralysie antécédente du côté gauche; perte subite de connaissance, embarras de la langue, augmentation de l'engourdissement du bras et de la jambe gauches; résolution.

§ V. *Hémorrhagie entre l'arachnoïde et la dure-mère qu'elle tapisse*, 396. Rien ne ressemble plus au ramollissement que cette maladie.

XC[e] OBSERVATION, 396. Démence sénile; immobilité du côté droit du corps. Ouverture, 397. Epanchement de sang occupant presque toute l'étendue du côté gauche de la tête, renfermé entre la face interne de la dure-mère et la face externe de l'arachnoïde qui lui adhère.

XCI[e] OBSERVATION, par M. Droullin, 398. Epanchement sanguin dans la cavité de l'arachnoïde; ancienne hémiplégie du côté droit; altération de l'intelligence, affection morale, perte subite de connaissance, résolution générale des membres; mort, 399.

XCII[e] OBSERVATION, par le même, 401. Epanchement entre la dure-mère et l'arachnoïde; céphalalgie, lésion de l'intelligence, engourdissemens et douleurs dans les membres; convulsions, perte de connaissance, cris; augmentation des accidens; mort, 403. Endurcissement comme cartilagineux de la substance du cerveau, plus prononcé du côté droit.

§ VI. *Cancer du cerveau*, 403. Il n'est pas très rare. Céphalalgie lancinante, intermittente; paralysie, convulsions,

épilepsie, manie, idiotisme; douleurs lancinantes des membres; couleur paille de la peau, puis symptômes du ramollissement.

XCIII^e OBSERVATION, par M. Droullin, 405. Cancer du cerveau, avec ramollissement et hémorrhagie cérébrale; paralysie ancienne de la jambe droite, céphalalgie lancinante intermittente; puis perte de connaissance, augmentation des douleurs, convulsions; roideur, contracture des membres; enfin, carus profond, teinte jaunâtre, résolution générale des membres, mort, 407. Tumeur cancéreuse, située en dedans et au-dessus du ventricule latéral; le corps calleux, le septum médian, participent à cet état cancéreux. Le corps strié du côté droit est le siége d'un épanchement récent; le corps strié du côté gauche est le siége d'une cicatrice.

XCIV^e OBSERVATION, par M. Georget, 409. Cancer indolent, convulsions dans le bras gauche sans perte de connaissance, nulle céphalalgie, nulle douleur des membres; retour des mêmes accès, puis hémiplégie; parole difficile, puis impossible; peau jaunâtre. Mort, 410. Masse cancéreuse, occupant la plus grande partie des lobes postérieur, moyen et antérieur; environs du cancer ramollis.

§ VII. *Tumeurs fongueuses de la dure-mère*, 411. Signes précurseurs peu précis, souvent nuls. Maladie rare.

§ VIII. *Acéphalocystes*, 412. Marche lente, symptômes généraux de compression. Maladie très rare.

XCV^e OBSERVATION, par M. Droullin, 413. Hydatides et ramollissement; engourdissement et fourmillement du côté droit; tintemens d'oreilles, perte de connaissance; engourdissement du côté droit; nouvelle perte de connaissance; accès d'épilepsie, contracture, insensibilité et convulsions des membres et des mâchoires; progrès de la maladie, mort, 416. Ramollissement superficiel à la partie supérieure moyenne de l'hémisphère gauche; kyste entouré d'une portion ramollie.

§ IX. *Tubercules du cerveau*, 417. Nuls signes n'indiquent la lésion du cerveau ; céphalalgie intense, vomissemens opiniâtres ; faiblesse des mouvemens, étourdissemens, station impossible.

XCVI^e OBSERVATION, par M. Chomel, médecin de la Charité, 419. Tubercules dans le cerveau ; douleur à l'occiput, puis au front ; vomissemens opiniâtres, constipation, insomnie ; plus tard, dévoiement, station difficile, étourdissemens ; puis enfin, perte de connaissance, mort. Ouverture, 424. 30 ou 40 petits corps arrondis, semblables au cristallin humain, disséminés dans le cerveau ; deux dans le cervelet, un dans la moelle de l'épine.

§ X. *Tumeurs osseuses des parois internes du crâne*, 427. Symptômes locaux, rares ; marche lente ; à la suite de la syphilis, symptômes de cette affection.

§ XI. *Affections admises comme nerveuses*, 427. Nuls symptômes locaux. *Syncope*, 428 ; *asphyxie*, ibid. ; *léthargie*, ibid. ; *épilepsie*, ibid. ; *catalepsie*, 429.

XCVII^e OBSERVATION, par M. Calmeil, 429. Perte de connaissance ; réponses lentes, incohérentes. La malade garde long-temps la position qu'on lui imprime ; insensibilité générale ; d'ailleurs symptômes généraux.

XCVIII^e OBSERVATION, par M. Foville, 433. Affection rhumatismale aiguë des membres abdominaux, pouvant simuler une affection cérébrale ; migraine ; vertiges ; faiblesse des jambes ; rêves pénibles ; douleurs des membres abdominaux ; plus fortes à gauche ; céphalalgie. Délayans ; guérison.

CHAPITRE XII. *Traitement*, 438. Il doit venir en dernier. Il est préservatif ou curatif.

PREMIÈRE SECTION. *Préservatif*, 438. Combattre les signes précurseurs, 439 ; par des moyens hygiéniques, *ibid.* ; rechercher l'impression de l'air froid ; éviter celle de la chaleur ; empêcher toute compression des membres, 440 ; éviter les bains chauds, ainsi que les froids, seulement per-

mettre les tièdes ; un lit mou, funeste ; percussions sur la tête, fâcheuses ; défendre sévèrement les épices, le vin, les alcooliques, le café, les narcotiques ; régime doux, peu abondant, 441 ; favoriser les excrétions, *ibid.* ; éviter tout exercice trop fort et surtout les affections morales et le travail, d'esprit, 442 ; ces règles doivent varier, *ibid.* ; par des moyens pharmaceutiques ; indications générales de la thérapeutique, *ibid.*

DEUXIÈME SECTION. *Traitement de la deuxième période. Etat simple de la maladie.* Il varie selon le caractère inflammatoire ou non du ramollissement ; d'abord rappeler un exanthème supprimé ; rétablir les exutoires, les écoulemens chroniques, les hémorrhagies, etc., 444. Si la maladie est inflammatoire, traitement anti-phlogistique approprié ; évacuans doux, laxatifs ; s'abstenir des émétiques, des drastiques, des révulsifs dans les premiers jours, 445. Si la maladie n'est pas inflammatoire, s'abstenir des débilitans ; rubéfier les diverses parties du corps ; irriter le canal digestif ; administrer les toniques et les aromatiques, 446. Varier selon les cas.

Complications, 447. Le traitement varie selon qu'il existe une entérite, une pleurésie, une péripneumonie, une hémorrhagie cérébrale ou une affection organique ; rejeter les moyens empiriques. Esprit qui a présidé à la composition de cet écrit, 448.

Résumé général, 449.

FIN DE LA TABLE ANALYTIQUE.